

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Ošetrovatelství v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči



**Bc. Pavlína Kycltová**

**Koncept bazální stimulace z pohledu sester  
pracujících na anesteziologicko-resuscitačním oddělení**

The concept of basal stimulation from the point view of nurses  
working on Anaesthesiology and Resuscitation facility

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Jana Hocková, PhD.

Praha, 2016

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literatury. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu. Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne 14. 4. 2016

**Poděkování:**

Velice ráda bych chtěla poděkovat vedoucí mé diplomové práce PhDr. Janě Hockové, PhD. za odborné vedení, trpělivý přístup a ochotu při poskytování užitečných rad. Také bych ráda poděkovala všem sestrám, které byly ochotny zúčastnit se mého výzkumného rozhovoru a bez kterých by tato práce nemohla vzniknout. V další řadě velice děkuji PhDr. Karolíně Friedlové za ochotné a vstřícné zodpovězení mých dotazů. V neposlední řadě děkuji svému příteli, své rodině a blízkým přátelům, kteří mě při psaní závěrečné práce podporovali.

Identifikační záznam:

KYCLTOVÁ, Pavlína. *Koncept bazální stimulace z pohledu sester pracujících na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. [The concept of basal stimulation from the point view of nurses working on Anaesthesiology and Resuscitation Facility]*. Praha, 2016. 82 s., 5 příl. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí závěrečné práce PhDr. Jana Hocková, PhD.

## **Abstrakt**

**Úvod:** Diplomová práce „Koncept bazální stimulace z pohledu sester pracujících na anesteziologicko-resuscitačním oddělení“ pojednává o specifikách a úskalích při poskytování bazální stimulace během péče a hospitalizace pacienta na resuscitačních odděleních. Na resuscitačních odděleních bývají hospitalizováni pacienti ve velmi vážném zdravotním stavu. Mnohdy je u těchto pacientů porušené vědomí. Koncept bazální stimulace může s pomocí kvalitně získané biografické anamnézy pacienta podpořit v jeho komunikaci s okolním prostředím, dopomoci mu při uvědomování si aktuální situace a při zotavování. Záměrem této práce bylo zmapovat reálnou problematiku bazální stimulace na resuscitačních odděleních a to, jak sestry tento koncept uplatňují.

**Metoda výzkumu a výsledky:** V empirické části jsou uvedeny výsledky realizovaného kvalitativního výzkumu, který probíhal formou rozhovorů s deseti všeobecnými sestrami, které pracují na resuscitačních odděleních. Po doslovném přepsání získaných rozhovorů jsou výsledky zhodnoceny v závěrečné diskuzi. Vyplývá z nich, že všeobecné sestry největší problém při poskytování bazální stimulace u pacienta spatřují v nedostatku časových možností a v malém počtu zdravotnického personálu. Dále poukazují na nutnost kontinuity bazální stimulace a zahrnutí celého ošetrovatelského týmu do této péče. Jako návrh pro zlepšení sestry uvádějí zvýšení počtu zaměstnaných ošetrovatelek, zavedení funkce koordinátorky bazální stimulace na resuscitačních odděleních, pořádání více kurzů bazální stimulace nemocnicemi, větší motivací ze strany nadřízených, dodržování stavu jedna sestra = jeden pacient a zavedení bazální stimulace do ošetrovatelských standardů.

**Závěr:** Výsledky rozhovorů ukazují, že se sestry na resuscitačních odděleních problematikou bazální stimulace zabývají a přemýšlejí nad jejím smyslem a potřebou pro pacienty. Z výsledků také vyplývá, že sestry během své praxe na resuscitačních odděleních pacientům bazální stimulaci poskytují.

**Klíčová slova:** bazální stimulace, anesteziologicko-resuscitační oddělení, všeobecná sestra, biografická anamnéza pacienta

## **Abstract**

**Introduction:** The dissertation of “The concept of basal stimulation from the point view of nurses working on Anaesthesiology and Resuscitation facility”, discusses the matters of specifics and issues when it comes to providing a basal stimulation process within patient’s hospitalization in a resuscitation unit. Patients in very complicated health conditions are hospitalized in a resuscitation unit, very often with symptoms of impaired consciousness. The concept of basal stimulation along with the help of well gotten patient’s biographical anamnesis can support his communication with other environment, help him with perceiving the actually situation and also with recovering his health. The point of this dissertation is to chart the real and actual problematics of the basal stimulation used within resuscitation units, and also how nurses working in these units are bringing the concept to bear within their practice.

**Research methods and results:** There are qualitative results posted within the empiric part of the research, as well as interviews with ten general educated nurses working in a resuscitation unit. All the results are collated and analysed in the final discussion after literal transcription of all the interviews. The result of which is, that the general educated nurses see the biggest issue when it comes to providing a basal stimulation within a very short and limited time frame, and without sufficiently medically educated staff. They further point to a necessity of the continuity of the basal stimulation and to the inclusion or involment of the whole nursing team to this care process. They suggest: increasing the number of actively working nurses; implementing a position of “Basal stimulation Coordination’s supervisor” nurse on resuscitation units; the basal stimulation workshops to be more often organized by hospitals; a better motivational system by their respective managers; to stick to the rule of “one nurse = one patient”; and implementing a basal stimulation process into a global healthcare standards.

**Conclusion:** The results of the dissertation show that nurses working in resuscitation units are taking the problematics of basal stimulation into consideration, and they think of and follow up its purpose in relation to patients. Results are also showing that nurses are using the methods of basal stimulation when providing health care services to the patients on resuscitation units.

**Keywords:** the basal stimulation, anaesthesiology and resuscitation facility, nurse, biographical anamnesis of the patient

# Obsah

Úvod.....	9
Teoretická část .....	11
1. Koncept bazální stimulace .....	12
1.1 Vznik konceptu bazální stimulace.....	15
1.2 Vývoj konceptu v České republice.....	15
1.3 Současná situace konceptu bazální situace .....	16
2. Teoretická východiska konceptu bazální stimulace.....	17
2.1 Poruchy vnímání.....	17
2.2 Techniky konceptu bazální stimulace pro podporu vnímání.....	18
2.3 Poruchy pohybu.....	18
2.4 Poruchy komunikace .....	19
2.5 Apalický syndrom .....	20
2.5.1 Klinické projevy.....	20
2.5.2 Péče o pacienta s apalickým syndromem.....	21
3. Základní techniky bazální stimulace.....	22
3.1 Somatická stimulace.....	22
3.1.1 Somatická stimulace zklidňující .....	24
3.1.2 Somatická stimulace povzbuzující.....	24
3.1.3 Neurofyziologická stimulace .....	25
3.1.4 Symetrická stimulace .....	25
3.1.5 Rozvíjející stimulace.....	25
3.1.6 Diametrální stimulace .....	25
3.1.7 Polohování formou „hnízdo“ .....	26
3.1.8 Polohování formou „mumie“ .....	26
3.1.9 Kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání .....	26
4. Nástavbové techniky bazální stimulace.....	28
4.1 Vestibulární stimulace .....	28

4.2 Vibrační stimulace .....	28
4.3 Optická stimulace .....	29
4.4 Auditivní stimulace .....	30
4.5 Orální stimulace .....	30
4.6 Olfaktorická stimulace .....	33
4.7 Taktilně-haptická stimulace .....	33
5. Biografická anamnéza.....	35
6. Vzdělávací kurzy bazální stimulace .....	37
7. Náplň práce a kompetence sester na anesteziologicko-resuscitačním oddělení .....	39
Empirická část.....	40
8. Výzkumné otázky .....	41
9. Metodika .....	42
9.1 Kvalitativní výzkum .....	42
9.2 Charakteristika výzkumného souboru .....	43
9.3 Průběh výzkumného šetření .....	43
10. Výzkumné otázky a rozbor rozhovorů se sestrami .....	45
11. Diskuze a doporučení pro praxi .....	61
Závěr .....	63
Seznam použité literatury .....	64
Seznam zkratk .....	69
Seznam obrázků a tabulek .....	70
Seznam příloh .....	71



# Úvod

Tato diplomová práce je zaměřena na problematiku využívání konceptu bazální stimulace z pohledu sester, které pracují na anesteziologicko-resuscitačním oddělení.

V současné době je z hlediska ošetrovatelské péče kladen stále větší důraz na holistický přístup zdravotnických pracovníků k pacientům. To znamená, že je pacient vnímán jako bio-psycho-sociální jednotka se všemi svými potřebami. Mezi důležité sociální potřeby pacientů patří bezesporu možnost komunikace s okolím. Další významnou potřebou pacientů je i to, aby zdravotnický personál respektoval jejich vlastní osobnost. Na resuscitačním oddělení jsou hospitalizováni především ti pacienti, kteří díky svému onemocnění verbálně komunikovat nemohou. Proto by všeobecné sestry, které o tyto pacienty pečují, měly být zaměřené na profesionální a humánní péči, která vychází z individuálních potřeb pacientů. Bazální stimulace je v dnešní době již známý pojem i přesto, že tento koncept je v České republice poměrně mladý. V mnoha evropských zemích se bazální stimulace stala běžnou součástí ošetrovatelské péče. Tento koncept se často využívá na odděleních chronické resuscitační péče, v léčebnách dlouhodobě nemocných, na odděleních neonatologie, a dále je snaha o provádění bazální stimulace na odděleních anesteziologie a resuscitace. Na anesteziologicko-resuscitačních odděleních jsou hospitalizováni nejčastěji pacienti po těžkých úrazech mozku, po úrazech páteře, chronicky nemocní staří lidé, pacienti s hypoxickým postižením mozku, v apalickém stavu a také umírající nemocní. Provádění bazální stimulace by těmto pacientům mělo pomoci nabídnout cílené, známé a základní informace či stimuly o sobě samém nebo jeho okolí, které pro něj jsou a byly bazální.

Během studia ošetrovatelství na lékařské fakultě jsme prošli několika přednáškami na téma bazální stimulace a využití tohoto konceptu v praxi. I během povinných stáží na anesteziologicko-resuscitačních odděleních jsme měli možnost vidět provádění bazální stimulace u pacientů a také jsme sami mohli vyzkoušet jednotlivé techniky. Během těchto praxí jsem zjistila, že pokud chceme bazální stimulaci provádět správně, je zapotřebí hlavně dostatek času a trpělivosti. Také je potřeba určitého zapálení ošetřujícího zdravotnického personálu a pravidelné opakované provádění bazální stimulace u konkrétního pacienta. Proto se v závěrečné diplomové práci zaměřím na to, jaké mají všeobecné sestry na anesteziologicko-resuscitačním oddělení podmínky k provádění bazální stimulace u pacientů. Jelikož je práce na tomto oddělení velice fyzicky, psychicky a časově náročná, ve své výzkumné práci se snažím o získání informací ohledně časových možností sester k provádění bazální stimulace, dále také jaké metody bazální stimulace jsou podle sester nejčastěji využívány, jestli mají dostatek pomůcek apod.

Bazální stimulace se v naší zemi stále rozvíjí, zdravotničtí pracovníci mají možnost se v tomto oboru vzdělávat a také se nabízí řada specializovaných kurzů k provádění bazální

stimulace. Ošetrovatelská péče na anesteziologicko-resuscitačních odděleních by jistě měla být komplexní a zahrnovat provádění bazální stimulace těch pacientů, u kterých by byla zapotřebí. Protože ošetrovatelská péče s prvky bazální stimulace je individuální a zohledňuje jedinečnost ošetrovaného pacienta. Bazální stimulace by měla být zdravotnickým personálem poskytována s ohledem na stav nemocného, na jeho schopnosti a v neposlední řadě s ohledem na jeho věk. Provádění konceptu bazální stimulace nejen zkvalitňuje ošetrovatelskou péči a napomáhá urychlit pacientův návrat do běžného života, ale také v další řadě je hospitalizace pacienta na akutním lůžku kratší.

## Teoretická část

*„Princip Bazální stimulace je jednou z možných cest k maximální autonomii lidské bytosti při těsném kontaktu s pomáhající osobou. Bazální stimulace dává možnost alespoň trochu poodhalit některá z tajemství lidského života, případně pomáhá některé z nedokonalostí napravit.“*

(MUDr. Zdeněk Novotný, ředitel Dětského centra Domeček a člen výboru Společnosti sociální pediatrie České lékařské společnosti J. E. Purkyně)

V teoretické části diplomové práce je objasněno, co koncept bazální stimulace znamená, její vznik a současná situace ve světě. Také je vysvětleno, jaké jsou její techniky, a dále je probráno, u jakých pacientů lze tento koncept využít a také to, jak důležitý význam má pro pacienty provádění bazální stimulace. V další části je vysvětleno, co to je biografická anamnéza, a způsob jejího využití v praxi. Závěr teoretické části uzavírá kapitola, která je zaměřena na to, jakým způsobem se lze v České republice v oblasti konceptu bazální stimulace vzdělávat a dále ho provádět v praxi.

## 1. Koncept bazální stimulace

Bazální stimulace je vědecký koncept, který podporuje vývoj a komunikační schopnosti člověka a orientuje se na lidské potřeby ve všech rovinách. Jde tedy o koncept podporující komunikaci, vývoj a interakci (Sedlářová, 2008). Bazální stimulace vznikla a čerpá z mnoha oborů, jako je anatomie, fyziologie, vývojová psychologie, neurologie, ošetrovatelství a speciální pedagogika. Cílem bazální stimulace je snaha o přizpůsobení pacienta na vzniklou životní situaci a snaha o poskytnutí vhodných stimulů pro vývoj v oblasti komunikace, vnímání a hybnosti. Důležitým cílem bazální stimulace je také podpora efektivního využití těch schopností, které byly u pacienta zachovány. Bazální stimulace uplatňuje také nácvik základních komunikačních, společenských a hygienických činností. Koncept vyžaduje jak holistický přístup k pacientovi, tak i vysokou profesionalitu v poskytování ošetrovatelské péče (Friedlová, 2009). Pacient po těžkém úrazu, nebo s těžkým postižením často není schopen žádné verbální komunikace, proto koncept bazální stimulace nejčastěji vychází ze stavu, kdy je určitým způsobem poškozena nebo omezena komunikace. Jak je již z vědeckých poznatků známé, člověk má zachovalé vnímání nejen ve stavu bezvědomí, tak i během procesu umírání a poslední fáze života. Cílem zdravotnických pracovníků na anesteziologicko-resuscitačních odděleních by mělo být mimo jiné i stimulování vnímání pacientů. Lidský mozek je schopen uchovávat v různých regionech paměťových drah návyky, které si během života zažil. Cílenou stimulací ze strany zdravotníka je možné znovu tyto vzpomínky zaktivovat a tím pádem i aktivovat jeho činnost. Bazální stimulace tedy podporuje lidské vnímání na nejzákladnější rovině (Friedlová, 2003). Ošetřování a aplikování bazální stimulace musí zcela jistě zohledňovat vývojové stadium člověka a jeho stav a věk (Kolektiv autorů, 2006). Indikací k používání bazální stimulace je tedy jakékoliv diagnostikované omezení v oblasti pohybu, vnímání a komunikace. S pacienty, kteří jsou bezprostředně ohroženi na životě, se setkáváme na resuscitačních odděleních. Tito pacienti jsou nejčastěji postiženi komplikovaným operačním zákrokem, protražovanou resuscitací, nebo závažným úrazem. Tito pacienti mají nestabilní životní funkce, jsou v bezvědomí a také jsou napojeni na umělou plicní ventilaci. Vážnost a celkový stav pacienta se odráží na stupni bezvědomí. V současné době se ve zdravotnických zařízeních přistupuje k rehabilitaci co nejdříve, jakmile je překlenuté celkové kritické období pacienta.

Bazální stimulaci lze aplikovat u těchto pacientů:

- V neonatologické intenzivní péči.
- Po mozkových cévních příhodách.
- U umírajících pacientů.
- U pacientů s demencí.

- U žáků a dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.
- V intenzivní a resuscitační péči.
- U neklidných a dezorientovaných pacientů.
- U pacientů, kteří jsou dlouhodobě imobilizováni v lůžku.
- V komatózních stavech např. po kraniotraumatech.
- U pacientů s těžkými poruchami hybnosti.
- U pacientů s poruchami komunikace.
- U pacientů s poruchami smyslového vnímání (Friedlová, 2010).

Základním pilířem konceptu bazální stimulace je respekt k pacientově autonomii. Pro potřeby ošetrovatelského personálu bylo sestaveno takzvané desatero bazální stimulace, které by mělo být všemi členy ošetrovatelského týmu dodržováno.

1. Přivítejte se a rozlučte se s pacientem pokud možno vždy stejnými slovy.
2. Pokud máte u pacienta zavedený iniciální dotek, dotkněte se ho při oslovení vždy na stejném místě.
3. Hovořte na pacienta jasně, zřetelně a ne příliš rychle.
4. Nezvyšujte hlas, mluvte přirozeným tónem.
5. Dbejte, aby tón vašeho hlasu, vaše mimika a gestikulace odpovídaly významu vašich slov.
6. Při rozhovoru s pacientem používejte takovou formu komunikace, na kterou byl zvyklý (lze zjistit díky biografické anamnéze).
7. Nepoužívejte v řeči zdvořilosti, pokud na ně není pacient zvyklý.
8. Nehovořte s více osobami najednou.
9. Při komunikaci s pacientem se snažte redukovat rušivý zvuk okolního prostředí.
10. Umožněte pacientovi reagovat na vaše slova (Friedlová, 2010).

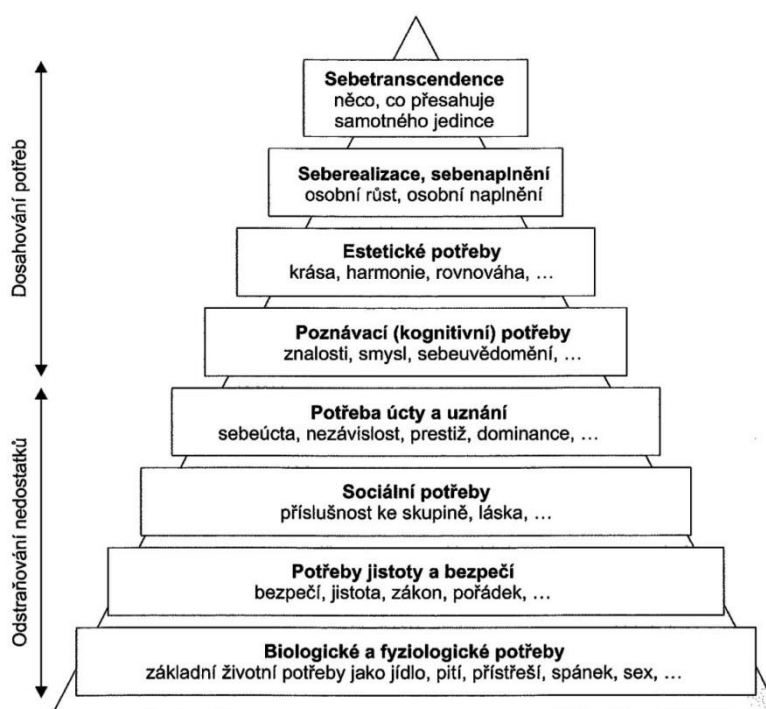
Koncept bazální stimulace je zaměřen na několik základních principů.

- Nejasné podněty vedou ke snížené schopnosti reagovat.
- Člověk vnímá tak dlouho, pokud dýchá.
- Člověka formují jeho zkušenosti.
- Schopnosti a činnosti člověka mají společné neuronální propojení.

- Smysly vnímání se utvářejí postupně.

Pro shrnutí cílů individuální plánované péče bylo v roce 2002 zveřejněno 9 evropských cílů, které zformuloval prof. Fröhlich spolu s prof. Bienstein. V roce 2010 k těmto cílům přibyl ještě desátý. Centrální evropské cíle jsou v přímé souvislosti se všemi potřebami pacienta, tak jak je popsal Abraham Maslow (Friedlová, 2010).

1. Zachovat život a zajistit vývoj.
2. Umožnit klientovi pocítit vlastní život.
3. Poskytnout klientovi pocit jistoty a důvěry.
4. Rozvíjet vlastní rytmus klienta.
5. Umožnit klientovi poznat okolní svět.
6. Pomoci klientovi navázat vztah.
7. Umožnit klientovi zažít smysl a význam věcí či konaných činností.
8. Pomoci klientovi uspořádat jeho život.
9. Poskytnout klientovi autonomii a zodpovědnost za svůj život.
10. Objevovat svět a vyvíjet se (Bienstein, Fröhlich, 2003).



Obrázek 1. Maslowova hierarchie potřeb (Armstrong, 2002)

## **1.1 Vznik konceptu bazální stimulace**

Koncept bazální stimulace se začal rozvíjet od poloviny 70. let dvacátého století. Za zakladatele a průkopníka tohoto směru je považován německý profesor speciální pedagogiky, prof. Dr. Andreas Fröhlich. Ten od roku 1972 pracoval v rehabilitačním centru pro děti s komplexním postižením v Landstuhlu. V roce 1986 získal doktorát na univerzitě v Kolíně nad Rýnem a v roce 1988 byl jmenován profesorem na Pedagogické fakultě Univerzity v Heidelbergu. Až do roku 2006 působil také na Ústavu speciální pedagogiky na Univerzitě v Landau. Intenzivní výzkumy v oblastech týkajících se těžkého postižení, komunikace, vědomí a péče o děti trpící těžkým postižením vedly k vytvoření celého konceptu bazální stimulace (<http://www.xn--andreas-frhlich-itb.eu/>).

V oblasti ošetrovatelství se průkopníkem tohoto konceptu stala profesorka Christel Bienstein. Ta od roku 1972 pracovala jako zdravotní sestra. V roce 1981 ukončila studium speciální pedagogiky na Univerzitě v Essen. Následně se v 80. letech začala podílet na integraci konceptu bazální stimulace do ošetrovatelství a to jak v praxi, tak při výuce studentů ošetrovatelství. Od roku 1994 je přednostkou Ústavu ošetrovatelství na Univerzitě ve Witten/Herdecke (<http://www.dbfk.de/media/docs/presse/vita/Vita-Bienstein-Christel-2012.pdf>).

Koncept bazální stimulace doznal v průběhu let značného vývoje a do dnešní doby došlo k markantnímu pozměnění obsahu tohoto konceptu jako takového. Bazální stimulace prováděná v dnešní době není shodná s metodami používanými před 40 lety. Původní přístup k bazální stimulaci pouze jako k jedné z metod se postupně rozvinul v komplexní koncept přístupu k pacientům s těžkým kombinovaným postižením (Ackermann, 2007).

## **1.2 Vývoj konceptu v České republice**

V roce 2000 měli v České republice čtenáři časopisu *Sestra* poprvé možnost dozvědět se o konceptu bazální stimulace díky článku, který publikovala PhDr. Karolína Friedlová, která se s tímto konceptem setkala na univerzitní klinice v Mnichově, kde v té době pracovala jako zdravotní sestra. O konceptu také poprvé zdravotnickou veřejnost informovala na konferenci multioborového ošetrovatelství v Olomouci. Právě ona metody bazální stimulace pojmenovala a od roku 2003 lektoruje kurzy zabývající se touto problematikou. V roce 2005 založila ve Frýdku-Místku INSTITUT Bazální stimulace, kde se od té doby vyučují certifikované kurzy bazální stimulace. V tom samém roce proběhla ve Frýdku-Místku i první národní konference bazální stimulace, které se zúčastnila i zakladatelka tohoto konceptu profesorka Christel Bienstein. Dále se zde pořádají odborné konference a probíhají zde konzultační činnosti pro odborníky i laickou veřejnost. V dnešní době s tímto konceptem pracuje mnoho zdravotnických a sociálních zařízení (Friedlová, 2007).

### **1.3 Současná situace konceptu bazální situace**

V dnešní době je v zemích Evropské unie koncept bazální stimulace zcela uznáván a aplikován nejen v ošetrovatelské péči, ale i v oblasti speciální pedagogiky. Zcela neodmyslitelně se tento koncept používá u pacientů, kteří mají jakékoliv tělesné nebo duševní postižení, u pacientů, u kterých je poškozené vnímání, nebo kteří se nacházejí ve vigilním kómatu. Bazální stimulace se běžně používá v ústavech sociální péče, v nemocnicích a v domovech pro seniory. Také v péči o nedonošené děti se tento koncept stal velmi užitečný. Terapeutů, kteří s konceptem pracují, je stále víc, a stále více všeobecných sester si v tomto směru rozšiřuje vzdělání formou certifikovaných kurzů. Na toto téma vniká stále hojný počet publikací a odborných článků, lidé mají možnost konzultovat toto téma na odborných konferencích a seminářích. V zahraničí je koncept zahrnut do výuky ošetrovatelství na zdravotnických školách a na lékařských fakultách. Ve většině zahraničních zdravotnických zařízení působí lektoři, kteří mají funkci supervizora a průběžně školí zaměstnance nemocnice. O takové možnosti jsem zatím v českých nemocnicích neslyšela. Nicméně je pravdou, že zdravotničtí pracovníci stále více zohledňují individualitu pacientů a začleňují koncept bazální stimulace do komplexu ošetrovatelské péče (Bártlová, 2008).



## **2. Teoretická východiska konceptu bazální stimulace**

Koncept bazální stimulace si klade za snahu podpořit lidské vnímání v nejzákladnější rovině. Již v embryonální fázi vznikají a vyvíjejí se smysly a smyslové orgány, díky kterým člověk vnímá své okolí a sebe samého. Komunikaci a pohybu se člověk naučí díky schopnosti vnímat. Vnímání, komunikace a pohyb se tedy vzájemně ovlivňují. Koncept bazální stimulace poskytuje terapeutům velké kompetence a kreativitu. Je nutné dbát na nepřetěžování pacientů a ošetřující personál by se měl naučit rozpoznat pacientovi reakce a umět na ně adekvátně reagovat.

### **2.1 Poruchy vnímání**

Jako první se vyvíjí vnímání somatické, které nám poskytuje informace o našem těle. O postavení těla v prostoru a o změně polohy těla nás informuje vnímání vestibulární, vnímání chvění a vibrací (Fröhlich, 1998). Lidské vnímání je často definováno jako bdělý stav, kdy je člověk schopen záměrného jednání, je schopen pozornosti a myšlení. Vědomí řídí aktivaci paměťových stop, utváření souvislostí a myšlenek, které vnímáme na základě zkušeností (Trojan, 2003). Výsledkem vědomí jsou souhry neuronálních dějů z různých oblastí mozku (Kittnar, 2011). Účast všech psychických funkcí je nezbytná pro správné fungování vědomí. Bdělý stav je podmíněn aktivitou asociální mozkové kůry, nervových center a drah a thalamických jader. Vigilita, čili bdělost je ideální stav centrálního nervového systému a jeho schopnost přiměřeně reagovat. Pokud dojde k porušení vigility, dochází k poruchám kvantitativním. Kvantitativní poruchy vědomí znamenají kontinuální snižování bdělosti (World Psychiatric Association International Congress, 2012). Mezi kvantitativní poruchy vědomí patří somnolence, sopor, kóma a perzistující vegetativní stav. Pojem somnolence označuje lehkou poruchu vědomí, kdy pacient na oslovení otevře oči a je schopný odpovědi. Na výzvu je také pacient schopen motorické odpovědi. Funkce polykání je zachována a sfinktery jsou ovládány. Název sopor značí hlubší poruchu vědomí, kdy pacient je schopný na bolestivý podnět reagovat obranným pohybem a grimasou. Také je schopný otevřít oči, ale sfinktery jsou již nekontrolovány. Kóma znamená hluboké bezvědomí, kdy pacient není schopen reagovat na zevní podněty a navázat s pacientem kontakt není možné. Na bolestivý podnět pacient reaguje reflexní odpovědí extenční nebo flekční. Perzistující vegetativní stav (také vigilní kóma) je určitým druhem poruchy vědomí a příčinou tohoto stavu je poškození mozkové kůry. Pacient se na první pohled jeví jako při vědomí, má otevřené oči a je bdělý. Pohledem ale není schopen sledovat podněty, není schopen mluvit a reaguje pouze reflexně (Seidl, 2015). Mozek člověka má schopnost plasticity. To znamená, že poškozené oblasti mozku mohou zpět získat své funkce, nebo jiné struktury mozku jsou schopny převzít jejich úlohu. Tento fakt je možné uplatnit v ošetrovatelské péči o pacienty po úrazech či jiných poškozeních mozku

(Lippertová-Grünerová, 2009). Vnímání a jeho podpora tedy tkví v podporování znovuvybavení paměťových stop z dřívějších fází vývoje pacienta. K takovéto podpoře je zapotřebí poskytnout pacientovi dostatek adekvátních podnětů. Bez těchto podnětů není možné budování neuronálních struktur. Podněty, které ošetrovatelský personál poskytuje, by měly být dobře strukturované a nad prahové (Unterlagen für Weiterbildung Praxisbegleiter Basale Stimulation in der Pflege, 2003).

## **2.2 Techniky konceptu bazální stimulace pro podporu vnímání**

Cílem konceptu je podpora a poskytnutí vnímání tak, aby u pacientů docházelo ke zvládnutí orientace v čase a prostoru, k umožnění navázání komunikace s okolím, k umožnění vnímání světa okolo sebe, k podpoře a rozvoji vlastní identity, ke zlepšení všech funkcí organismu a ke stimulaci vnímání vlastního těla (Friedlová, 2005). Strukturovanou a cílenou stimulací smyslových orgánů a hybnosti pacienta podle konceptu bazální stimulace napomáhá vzniku nových dendritických spojení v mozku a další neuronální uspořádání v jeho určitých regionech (Pickenhein, 2000). Podmínkou účinné a kvalitní stimulace pacientova vnímání je získání dobře sestavené autobiografické anamnézy, ošetroující zdravotnický personál by si měl zformulovat reálné cíle a sestavit si odpovídající ošetrovatelský plán. Nenahraditelné je také během stimulující ošetrovatelské péče začlenění do péče o nemocného jeho příbuzné a rodinu. Prvky konceptu bazální stimulace se rozdělují na složky základní a nastavbové. Mezi základní techniky patří somatická, vestibulární a vibrační stimulace. Mezi nastavbové techniky patří optická, auditivní, taktilně-haptická, orální a olfaktorická stimulace.

## **2.3 Poruchy pohybu**

Poruchy hybnosti můžeme dělit dle několika kritérií. Podle místa poškození nervosvalového přenosu, podle úrovně svalového napětí, dále pak na patologicky vzniklá omezení případně zvýšení hybnosti (Šmejkal, Brožek, 1995).

V konceptu bazální stimulace nacházejí uplatnění hlavně pacienti s omezením hybnosti. Tato omezení dělíme na plegie a parézy. Plegie jsou omezení, při kterých je porušena inervace daných svalových skupin a dochází k úplné ztrátě hybnosti, zatímco u paréz je sice také porušena inervace dané svalové skupiny, ale hybnost zůstává alespoň částečně zachována. Nejčastější příčinou těchto poruch jsou cévní mozkové příhody, traumata páteře a míchy. Mnohem vzácněji pak mohou být způsobeny onemocněními jako je amyotrofická laterální skleróza či Guillain-Barré syndrom.

## 2.4 Poruchy komunikace

Řeč je velice specifickou formou komunikace, která je v živočišné říši vlastní pouze lidem. Jedná se o vysoce diferencovaný a složitý pohybový úkon. Řeč, ať už mluvená anebo psaná, je složitý, naučený reflexní děj, který ke správné funkci potřebuje:

- Aférentní mechanismy – sluchový analyzátor při mluvené formě, vizuální při psané formě.
- Eferentní mechanismy – neurony inervující svaly potřebné k psaní a řeči.
- Funkční svalový aparát podílející se na pohybech nutných k psaní a řeči.
- Správná funkce regulačních okruhů mozečku, extrapyramidového systému atd.
- Asociační oblasti mozkové kůry.

Hlavní poruchy řeči:

**Afázie** vzniká při poruše v dominantní hemisféře, kdy se u pacienta projeví porucha porozumění nebo tvorby řeči. Při posuzování postižení se bere ohled i na plynulost řeči.

- Expresivní motorická afázie (Brockova) – pacient s touto poruchou má problém s vyjádřením. Věty, které vytváří, jsou krátké (většinou méně než 5 slov), s častými gramatickými chybami. Řeč je nonfluentní. Afázie je často doprovázená dysartrií. I přes poruchy vyjadřování pacient dobře rozumí mluvené řeči a je schopný vykonat jemu zadaný úkon. Svou poruchu si uvědomuje. Postižen je frontální lalok dominantní hemisféry. Často je tento druh afázie doprovázen hemiparézou.
- Perceptivní senzorická afázie (Wernickeova) – pacient nerozumí mluvené řeči. Jeho mluva je velmi plyná bez poruch artikulace, ale nedává však smysl. Pacient tvoří při mluvení mnoho neologismů. Nemocný si svou poruchu neuvědomuje. Příčinou je porucha temporálního laloku dominantní hemisféry. Často je přidružena i sensitivní porucha, agrafie, případně alexie.
- Globální afázie – vzniká kombinací obou předchozích. Příčinou je rozsáhlá porucha frontálního, parietálního a temporálního laloku.

Mezi další poruchy patří: Dysartrie je porucha výslovnosti vyznačující se setřelou řečí. Nazolalie je řečová porucha vznikající při obrně měkkého patra. Balbuties (koktavost) vzniká nejčastěji jako funkční porucha na neurotickém podkladu. Mutismus neboli němota vzniká nejčastěji na psychogenním podkladu. Dalšími relativně vzácnými poruchami řeči jsou dyslalie, afonie, dysfonie, skandovaná řeč ap. (Ambler, 2011).

## 2.5 Apalický syndrom

Apalický syndrom (jinak také vegetativní stav) patří mezi poruchy vědomí. Jedná se o těžkou kortikosubkortikální lézi (tzn. oboustranné poškození kůry nebo subkortikální bílé hmoty), při které je zachována funkce mozkového kmene. Apalickému syndromu tedy předchází těžké poškození mozku, po kterém dojde k relativní reparaci pouze fylogeneticky starších struktur (Ambler, 2011). Zatímco v zemích střední Evropy (Česká republika, Rakousko, Německo) je běžně užíván název apalický syndrom, v zemích anglosaského původu je považován tento pojem za nedostatečně vystihující a proto se tamější názvosloví více přiklání k označení vegetativní stav (ANA Committee on Ethical Affairs, 1993). Apalický syndrom můžeme rozdělit do dvou fází. Pokud trvá déle než jeden měsíc, tak mluvíme o perzistentním vegetativním stavu (PVS). PVS je považován za reverzibilní formu a setkáváme se s ní převážně jako s přechodným stadiem kómatu u mladých jedinců po traumatu. Pokud apalický syndrom trvá déle než dvanáct měsíců po traumatu anebo déle než tři měsíce po netraumatickém poškození mozku, pak hovoříme o permanentním vegetativním stavu (PVMS). U pacientů s PVMS se jedná o stav ireverzibilní, kde pravděpodobnost vyléčení je prakticky nulová (Multi-Society Task Force on PVS, 1994).

Jak bylo již zmíněno výše, apalický syndrom může mít příčinu traumatickou nebo netraumatickou. Mezi nejčastější traumatické příčiny patří autonehody a pády. Netraumatické příčiny jsou rozmanitější. Mohou být způsobeny nejrůznějšími infekcemi centrální nervové soustavy, onkologickým onemocněním v centrálním nervovém systému anebo mohou vznikat na anoxicko-ischemickém podkladě – tzn. při kardiovaskulárním selhání, otravě alkoholem nebo oxidem uhelnatým (Mumenthaler, Mattle, 2004).

### 2.5.1 Klinické projevy

U apalického syndromu dochází k funkční dekortikaci, při zachování vegetativních funkcí řízených mozkovým kmenem (řízení respirace, krevního oběhu, krevního tlaku atd.). U pacienta pozorujeme úplné vymizení kognitivních funkcí. Pacient není schopen si uvědomit sebe sama, své okolí, není schopen reagovat, ani plnit úkoly. Chybí tedy jakákoliv lucidita. Cyklus spánku a bdění je částečně zachován. Při stavu bdělosti má pacient otevřené oči, nereaguje však na žádné podněty. Chybí i motorická odpověď na bolestivý podnět. Občasné se vyskytující příznakem jsou i poruchy vegetativního systému jako je nadměrné pocení, či výkyvy dechové frekvence, srdečního tepu a krevního tlaku (Howard, Miller, 1995). U poškozeného jsou zachovány primitivní reflexy – např. úchopový reflex, pacient však není schopen žvýkat ani polykat. Pokud je ovšem zajištěna výživa, tak se doba přežití značně prodlužuje (Ambler, 2011). Pacient nevykazuje žádné z kognitivních funkcí – není zachováno vědomí, chybí uvědomování si sebe sama, svého okolí i jakákoliv interakce s okolím. Chybí jakákoliv odpověď na sluchové, vizuální, bolestivé i taktilní podněty, není zachována řeč ani její porozumění. Pacient trpí

abnormálním cyklem spánku a bdění. Jsou zachovány autonomní funkce řízené hypotalamem a mozkovým kmenem. Je přítomna inkontinence a variabilní výskyt reflexů hlavových nervů a reflexů míšních (Multi-Society Task Force on PVS, 1994).

#### *2.5.2 Péče o pacienta s apalickým syndromem*

Péče o pacienta s apalickým syndromem vyžaduje specializovanou ošetrovatelskou a rehabilitační péči. Skrze ošetrovatelskou péči se snažíme u pacienta s apalickým syndromem zajistit biologické, psychické a sociální potřeby a funkce. Velmi důležitou součástí je i včasné a dostatečné zapojení rodiny do ošetrovatelské péče, se snahou je dostatečně edukovat a připravit na případné přeložení pacienta do domácí péče. V tomto případě by mělo být zajištěno docházení sestry z agentury domácí péče za pacientem.

Většina ošetrovatelských komplikací u pacientů s apalickým syndromem má permanentní charakter, proto je nutné zajistit kontinuální sesterskou péči. Je nutné zajistit výživu, pečovat o vylučování a dostatečnou hygienu, zajistit aplikaci léků, monitoraci vitálních funkcí, snažit se o prevenci dekubitů a v neposlední řadě poskytnout dostatečnou bazální stimulaci. Mezi nejdůležitější součásti lékařské péče o pacienty s apalickým syndromem patří rehabilitace, vhodná volba a aplikace léčiv. Tento stav a péče o pacienty s sebou však přináší mnoho etických a právních dilemat, a to zejména v oblasti podávání léků (např. antibiotik), krevní náhrady či indikace dialýzy (Doležil, Carbolová, 2007).

### 3. Základní techniky bazální stimulace

Somatická, vestibulární a vibrační stimulace patří mezi základní prvky bazální stimulace a jedná se o takzvanou trilogii prvků. Tyto podněty začíná organismus v prenatálním období vnímat jako první. Až později začíná plod vnímat další, proto jsou prvky bazální stimulace rozděleny na základní a nastavbové. Již v 7. týdnu svého vývoje je embryo schopno vnímat podněty z kůže. Tyto vzruchy jsou vedeny do centrální nervové soustavy a plod vykonává pohyby a reaguje na somatické podněty. V 16. týdnu života plodu se vyvíjí vestibulární aparát a díky němu plod vnímá pohyby matky a její změny polohy těla. Díky funkci Vaterových-Paciniho tělísek a proprioreceptorů je umožněno vibrační vnímání. Vibrace, které procházejí stěnou dělohy, zvuky které vznikají peristaltikou střev, tlukot srdce matky může plod vnímat. Prostřednictvím somatických, vestibulárních a vibračních prvků je možné navázat spojení s pacienty, kteří mají deficit v oblasti hmatu, sluchu a zraku (Novotná, 2012).

#### 3.1 Somatická stimulace

Podněty z povrchu těla jsme schopni pociťovat díky somatickému vnímání prostřednictvím kožního percepčního orgánu. Citlivost kloubů a svalů se nazývá propriorepcí a velice blízce souvisí s kinestetickým a somatickým vnímáním. Díky somatické stimulaci umožňujeme zprostředkovat pacientovi vjemy z jeho těla a díky tomu i stimulovat percepci tělesného schématu a také okolního světa. Podstatným počátečním bodem je zkušenost se svým vlastním tělem. V prenatální době je utvořen podklad pro vývoj sebeuvědomění a v období porodu je ještě umocněn. Po narození se udržuje díky stálé stimulaci (Montagu, 2000). V konceptu bazální stimulace rozlišujeme vnímání těla v těchto vytvořených pojmech – vnímání těla, tělesný obraz a tělesné schéma. Pacient je schopen si díky vnímání tělesného obrazu uvědomit, v jaké poloze se jeho tělo nachází ve vztahu k podlaze, nebo jak daleko jsou od sebe vzdáleny jednotlivé části jeho těla. Nutné předpoklady k udržení vnímání tělesného obrazu jsou senzorické vnímání, vestibulární vnímání a vizuální kontrola vnímaného. Pokud u pacienta dojde na základě určitého onemocnění k porušení jednotlivé formy vnímání, dojde ke změně vnímání tělesného schématu. Pojem tělesné schéma je možné chápat jako model či obraz, pod kterým si člověk pomáhá představit pohyb a polohu svého těla, jednotlivé části těla a vzájemné vztahy mezi těmito částmi. Vnímání tělesného schématu může být narušeno z důvodu psychického onemocnění, např. při schizofrenii, při drogových závislostech a při závislosti na alkoholu. Narušení vnímání tělesného schématu může vzniknout díky somatické poruše, a to po traumatech, kdy je pacient dlouhodobě imobilizovaný, při onemocnění diabetem a u onemocnění kloubního systému. Pro udržení tělesného obrazu je nutná neustálá výměna podnětů s okolním světem. Pokud je pacient upoután na lůžku a nemůže-li se pohybovat, tak ztrácí orientaci

v okolí a také na svém vlastním těle. Tyto situace vedou v důsledku ke ztrátě možnosti vnímat sebe sama a dále k pocitu strachu a nejistoty. Pacienti, kteří jsou imobilní a nemají dostatečnou aktivitu, mohou na vzniklou situaci reagovat zmateným chováním a jednáním, mohou se projevovat pocity úzkosti a strachu. Pacienti mohou být motoricky neklidní (tahají si za permanentní močový katetr, bouchají rukama do postranic lůžka, spouštějí dolní nebo horní končetiny z lůžka, stahují si z těla příkrývku apod.). Tito pacienti se také mohou velmi těsně přitahovat k postranicím lůžka – tento kontakt jim napomáhá vnímat hranice vlastního těla. Upoutání na lůžku a nečinnost z důvodu onemocnění, úrazu nebo kombinovaného postižení může mít za následek úplnou ztrátu vzpomínek na pohyb. Hodnota somatické stimulace i její účinek je závislý na kvalitě doteku, kterou ošetřující personál pacientovi poskytuje. Přes kontakt na lidském těle se nám dostává nepřeborné množství impulsů z okolního prostředí. Zdravotníci tedy musejí nad doteky s pacienty přemýšlet, aby v nich nevyvolávaly pocity strachu a nejistoty. Během poskytování ošetrovatelské péče často dochází ze strany personálu k překračování hranic intimity pacienta – například z důvodu poskytování hygienické péče či jiných výkonů. Bazální stimulace využívá techniky polohování, podporu a stimulaci dýchání, pomoc při pohybu a korekci polohy a také v somatické stimulaci tělesného schématu. Důležitou roli hraje bezpochybně lokalita, kvalita a intenzita doteků. Podmínkou kvalitního doteku je způsob a význam kontaktu, klid, vyvinutý tlak a síla, sled doteků a opakování. Pravidla, kterých by se měli zdravotníci držet během poskytování ošetrovatelské péče, jsou:

- Omezujeme doteky krátkodobé a letmé.
- Dotek by měl být proveden celou plochou ruky.
- Po celou dobu pracujeme s určitým tlakem, který je přizpůsoben stavu a situaci klienta.
- Omezujeme chaotické a rušivé doteky.
- Po dohodě se zdravotnickým týmem ritualizujeme iniciální dotek.

**Iniciální dotek** umožňuje dát pacientovi jasně najevo, kdy začíná a končí naše činnost a přítomnost u něho. Tuto informaci mu předáváme pomocí cíleného doteku. Z biografické anamnézy pacienta si ošetřující tým zvolí nejvhodnější místo na jeho těle, na kterém ho vždy zřetelným dotekem informuje o začátku a ukončení jejich přítomnosti či činnosti s jeho tělem. Tento dotek musí být doprovázen verbálním oznámením o naší přítomnosti. Nejvhodnějším místem pro zvolení iniciálního doteku je paže nebo rameno pacienta. Nepostradatelným předpokladem je také umístění cedule do bezprostřední blízkosti pacientova lůžka s nápisem, kde je uvedeno místo pro iniciální dotek a zanesení této informace do zdravotnické dokumentace (Friedlová, 2007).

### **Druhy somatické stimulace:**

1. Somatická stimulace zklidňující.
2. Somatická stimulace povzbuzující.
3. Neurofyziologická stimulace.
4. Symetrická stimulace.
5. Rozvíjející somatická stimulace.
6. Diametrální stimulace.
7. Polohování „hnízdo“.
8. Polohování „mumie“.
9. Kontaktní dýchání.
10. Masáž stimulující dýchání.

#### *3.1.1 Somatická stimulace zklidňující*

Tuto stimulaci je možné zapojit během toalety pacienta. Tato stimulace se nazývá zklidňující koupel a během ní je použita voda o teplotě 37–40 °C. Před začátkem stimulace je potřeba použít iniciační dotek a pacienta informovat, že budeme koupel provádět. Dle stavu pacienta se začíná na obličeji a poté se pokračuje na hrudník, oběma rukama je potřeba symetricky stimulovat trup od středu do stran. Mírným tlakem na stranách zvýrazníme hranice trupu. Horní končetiny je potřeba modulovat po obvodu ve směru růstu chlupů a jednotlivé prsty na končetině se modulují zvlášť. Žáda se stimulují stejným způsobem jako trup, tedy od páteře směrem k zevní straně. Během celé stimulující koupele je zapotřebí sledovat pacientovi reakce (změna tepové frekvence, změna hodnoty krevního tlaku, změna sekrece potu apod.). Cílem stimulující koupele je stimulace vnímání tělesného schématu, navození celkového tělesného uvolnění, stimulace vnímání, navázání komunikace a redukce neklidných stavů. Po celou dobu pacienta informujeme o činnostech, které provádíme a sdělujeme mu, kterou část těla právě modelujeme. Osušování se provádí stejně jako umývání, to znamená po směru chlupů. Po skončení koupele se pacient přikryje a je potřeba mu umožnit odpočinek (Friedlová, 2009).

#### *3.1.2 Somatická stimulace povzbuzující*

Tuto metodu stejně jako v předchozím případě můžeme aplikovat během toalety pacienta. Koupel tedy nazýváme povzbuzující a teplota vody by měla být 23–28 °C. Povzbuzující koupel můžeme aplikovat u pacientů v kómatu, ve vigilním kómatu, u depresivních pacientů, u pacientů se sníženým svalovým tonem, u somnolentních pacientů, u apatických a bradykardických pacientů. Tuto metodu nepoužíváme u pacientů se zvýšeným



intrakraniálním tlakem, s čerstvým krvácením do mozku a u neklidných pacientů. Během této metody postupujeme proti směru růstu chlupů a začínáme na hranách trupu. Ruce se sejdou v centru hrudníku. Končetiny modelujeme od konečků prstů vzhůru. Stimulaci je možné stejně jako v předchozím případě přenechat na rodinném příslušníkovi pacienta či jiné blízké osobě (Čutková, 2011).

### *3.1.3 Neurofyziologická stimulace*

Kořeny neurofyziologické stimulace vycházejí z poznatků Bobathových konceptů. Koncept je zaměřen na znovu vyvolání vzpomínek pacienta. Aby si pacient znovu vybavil pohybové vzory, rovnováhu a aby byl pacient začleněn do běžných denních činností. Tato stimulace si klade za cíl naučit se znovu vnímat tu polovinu těla, u které došlo k poruše hybnosti. Předpokladem této stimulace je ale nejprve schopnost vnímat tu stranu, která je nepostižená, aby mohl pacient postiženou stranu integrovat znovu zpět do tělesného schématu. Pacient by měl tedy nejprve vnímat svojí zdravou stranu těla (Bienstein, Fröhlich, 2003). U této metody se doporučuje použití zrcadla, aby měl pacient možnost optické kontroly svého obličeje a trupu. Stimulace pacienta má tedy začínat v poloze v sedu a opět je možné zahrnout tuto stimulaci během toalety. Pacient je sám veden ke stimulaci nejprve zdravé poloviny těla a poté ke stimulaci postižené strany (Kličková, 2007).

### *3.1.4 Symetrická stimulace*

Cílem této metody je obnova vnímání tělesného schématu u pacientů s porušenou rovnováhou. Ošetřující pracovník by měl v tomto případě pracovat na obou polovinách těla synchronně. Nejprve tedy synchronně stimuluje horní končetiny a poté dolní končetiny. Před začátkem této metody je doporučováno provést stimulaci zklidňující (Friedlová, 2007).

### *3.1.5 Rozvíjející stimulace*

Rozvíjející stimulace je poskytována těm pacientům, u kterých jejich tělesné schéma není stabilní. Využívá se u pacientů ve vigilním kómatu, u kvadruplegiků a u těch, kteří jsou dlouhodobě uvázaní k lůžku. Během této koupelové stimulace je kladen důraz na zvýraznění středu a symetrie těla.

### *3.1.6 Diametrální stimulace*

Formu této stimulace využíváme u pacientů se zvýšeným svalovým tonem. Díky zvýšenému svalovému napětí dochází k omezování pohybů v kloubech pacienta. V případě, kdy se kloub pacienta nachází delší dobu ve stejné pozici, dochází ke svalovým

kontrakturám. Příčinou vzniku kontraktur může být dlouhodobá imobilizace v lůžku, cerebrální příčiny, reflexní reakce, bolest, nebo depresivní stavy. Při této metodě je opět využívána forma koupele s využitím vody o teplotě 38–40 °C a je možné stimulovat jen určitou část. V průběhu stimulace je nutné dodržovat několik zásad, a to: pacient by měl být uložen v poloze, která mu je příjemná, stimulovanou končetinou volně polohujeme, pohyb by měl být zopakován nejméně 3× a stimulace by neměla pacienta stresovat (Bienstein, 2003).

### *3.1.7 Polohování formou „hnízdo“*

Polohování tímto způsobem umožňuje pacientovi stimulovat vnímání tělesného schématu, navodit příjemný pocit a zaujmout poziční komfort. Poloha „hnízdo“ také nabízí pacientovi pocit bezpečí a vnímání hranic svého těla. Polohování je možné zvolit u pacientů v kómatu, u umírajících, po vyšetřeních, během noci, s hypertenzí, se spasticitou, s motorickým neklidem a u pacientů po dýchání stimulující masáži. Pacient je uložen do polohy na boku, na zádech, do sedu v křesle atd. Poté je jeho tělo obklopeno fixačními perličkovými polštáři či srolovanými dekami a zakryto přikrývkou. Nutné je během tohoto polohování myslet na všeobecné zásady polohování. Tedy podkládání částí těla (pod kolena, pod kotníky, pod lokty apod.). Do rukou pacienta je vhodné vložit srolovanou podložku, nebo plyšovou hračku. Pocit předmětu v dlaních nutí pacienta k aktivitě rukou (Friedlová, 2007).

### *3.1.8 Polohování formou „mumie“*

Tato poloha se využívá hlavně u těch pacientů, u kterých je potřeba zvýšené intenzity stimulace vnímání tělesného schématu. Využívá se často u pacientů ve vigilním kómatu. Pokud pacient trpí klaustrofobií (informaci získáme z biografické anamnézy), tato poloha by neměla být zvolena. Při této poloze je pacient zabalen do prostěradla nebo deky a začínat by se mělo od nohou pacienta až k horním končetinám, kde se přikrývka v koncích zafixuje pod tělo pacienta. Tuto polohu je možné zkombinovat s polohou „hnízdo“ (Novotná, 2008).

### *3.1.9 Kontaktní dýchání a masáž stimulující dýchání*

Masáž stimulující dýchání je součástí dechové gymnastiky a jde o plynulou masáž prováděnou tlakem rukou ošetřujícího v oblasti zad a ventrální části hrudníku pacienta. Tato metoda vede ke stabilizování rytmu pacientova dýchání a vytváří komunikační proces mezi ním a terapeutem. Masáží stimulující dýchání je také možné docílit zklidnění a zamezit zmatenosti pacienta. Díky nepřetržitému kontaktu mezi rukama terapeuta a zády nemocného je možné navodit v pacientovi pocit jistoty a vzájemné vytváření vztahu a empatie. Cílem terapeuta, který masáž provádí je dopomoci pacientovi, aby jeho dýchání

bylo pravidelné, hluboké a klidné. Masáž stimulující dýchání je vhodné začlenit do péče u pacientů s nepravidelným dýcháním, povrchové dýcháním, s poruchami spánku, s maligními diagnózami, ve fázi odvykání od umělé plicní ventilace, u umírajících pacientů, nebo u pacientů, kteří mají inhalační nebo CPAP masku. Během kontaktního dýchání má ošetřující ruce položené na hrudníku pacienta pomáhat mu při výdechu a nádechu. Během výdechu je možné hrudník podpořit stlačením a vytvořit vibrace. Vibrace jsou vhodnou volbou při zahlenění pacienta. Masáž stimulující dýchání by měla být nejméně 5 minut dlouhá a terapeut by měl mít během celé masáže ruce položené na těle pacienta (Václavková, 2011).

## **4. Nástavbové techniky bazální stimulace**

### **4.1 Vestibulární stimulace**

Rovnovážné ústrojí u zdravého jedince se neustále stimuluje díky ustavičnému pohybu a změnami poloh. Statické, rotační a lineární pohyby hlavy nám umožňuje zaznamenávat vestibulární vnímání. Pacienti, u kterých není možné dostatek pohybu, mají těchto informací omezeně. Pomocí bazální stimulace je možné těmto pacientům umožnit zlepšení prostorové orientace, zlepšení vnímání pohybu a podpořit funkci rovnovážnému ústrojí. Vestibulární stimulaci je možné uplatnit u pacientů, kteří jsou upoutáni na lůžku déle než tři dny, u pacientů ve vigilním kómatu, u pacientů s omezenou možností pohybu a při rozvíjející se spasticitě flexorů a extenzorů. Tuto metodu je možné provádět díky nepatrným pohybům hlavou pacienta. Ošetřující by měl pevně fixovat oběma rukama hlavu pacienta a pomalu s ní otáčet do stran. Další možnou technikou je takzvaný pohyb ovesného klasu v poli. Pacient sedí na okraji lůžka a terapeut klečí za ním. Rukama si pacienta fixuje na svém těle a hlavu pacienta si opře o svůj hrudník. Poté s pacientem provádí pohyby ve směru ležaté osmičky. Tato metoda obsahuje prvky bazální stimulace optické, vestibulární, somatické a také proprioreceptivní (Friedlová, 2005).

### **4.2 Vibrační stimulace**

Metoda vibrační stimulace si klade za cíl stimulovat Vaterova-Paciniho tělíska (kožní receptory pro vnímání vibrací) a proprioreceptory ve šlachách, vazivovém aparátu kostí a kloubů a svaích. Vibrace jsou vnímány od periferie až do nitra těla a je zcela individuální, do jaké míry je pacient schopen vibrace vnímat. Vibrační stimulace se využívá především u pacientů s hlubokou mentální retardací, u pacientů ve vigilním kómatu, ale také u pacientů, u kterých je v plánu mobilizace a vertikalizace. K této metodě se dají využít některé z těchto prostředků – vibrující hračky, holicí strojek, vibrující sedátka, bateriové vibrátory, elektrický zubní kartáček a v neposlední řadě také vlastní ruce ošetřujícího. Tato metoda je kontraindikována v případě, pokud pacient krvácí, má varixy a jestliže je porušena integrita kůže. Bateriové vibrátory je možné použít k vibrační stimulaci celého těla tak, že je vibrátor položen na matraci, na které pacient leží. Díky vibracím, které se matrací přenášejí, je pacient schopen pocítit celé své tělo. Vibrátory můžeme také vkládat do dlaní pacienta, nebo je přikládat ke kloubům na horních, nebo dolních končetinách. Pokud terapeut pracuje se svými rukama, obejmeme kloub pacienta po celém obvodu a vytváří jemné vibrace. Tuto stimulaci je možné začlenit do zklidňující somatické stimulace. Na hrudníku pacienta je možné aplikovat kontaktní vibrační dýchání (Lišková, 2007).

### 4.3 Optická stimulace

Díky zraku je člověk schopen orientovat se, poznávat okolní svět, poznávat předměty a lidi, posílit pocit jistoty, prožívat pozitivní vjemy a schopnost učit se. Společně se sluchovým vjemem je zrak nejvíce využívaným smyslem k navázání komunikace a poznávání okolí. V prostředí nemocničních zařízení je často velice málo vizuálních podnětů a toto prostředí může na pacienty působit stresově. Při pohledu z lůžka pacienta je nejčastěji možné vidět bílý strop se zářivkovým světlem, nespočet monitorů a přístrojů. Jelikož pacient se s těmito předměty dříve nesetkal, může v něm tato situace vyvolávat strach, úzkost a agresivní chování. Pokud do jeho okolí vložíme něco, co je pacientovi známé, může u něj dojít ke zklidnění. Pro prostorovou orientaci a optickou stimulaci je stěžejní jakákoli změna polohy pacienta. Pokud pacienta napolohujeme (stačí i malá úprava polohy hlavy), změní se jeho zorné pole. Tak může pacient sledovat, co se v jeho okolí děje. Pokud terapeut provádí optickou stimulaci, je nutné dodržovat několik zásad:

- Nabízíme podněty, které jsou zřetelně světlé a zřetelně tmavé.
- Nabízíme pacientovi možnost uvědomit si denní dobu a rozdíl mezi dnem a nocí.
- Umístíme do zorného pole pacienta hodiny, aby měl možnost sledovat čas.
- Kontrast k bílým zdem barevné oblečení pacienta, barevné ložní prádlo, nebo barevné prádlo personálu.
- Jasně odlišení, kde končí zeď a začíná strop (např. celobarevnou zdí).
- Pokud pacientovi nabízíme obrázky, musí být dostatečně velké a umístěné do jeho zorného pole.
- Privátní obrázky pacienta (fotografie, obrázky namalované vnoučaty apod.) jsou prospěšné ke stimulaci paměťových stop, k aktivizaci mozkové činnosti a k vybavení vzpomínek.
- Obrázky by měl pacient znát.
- Pokud pacientovi nabídneme sledování televize, tak volíme oblíbený program dle biografické anamnézy pacienta.
- Je nutné tuto stimulaci aplikovat v dávkách a cíleně, abychom pacienta nepřetížili (Friedlová, 2007, s. 113).

Velice důležité je, abychom akceptovali pacientovi osobní věci v jeho nejbližším okolí, a akceptovali jeho autonomii, tedy využívali paravány k oddělení prostoru.

## 4.4 Auditivní stimulace

Jak uvádí Machová (2005, s. 153), *sluchový orgán člověka má velký význam pro komunikaci, při navazování a udržování vztahů ve společnosti a pro rozvoj myšlení. Ze všech zvuků zevního světa slyší člověk určitý úsek v rozsahu 16–20 tisíc kmitů za sekundu.*

Metodu auditivní stimulace lze uplatnit z rozličných důvodů a je možné sledovat různé cíle, které se mohou kombinovat. Při metodě auditivní stimulace může terapeut využívat různorodé pomůcky, např. hudební nástroj, hlas, reprodukováné zvuky. Během aplikace auditivní stimulace je důležité brát zřetel na informace z pacientovy biografické anamnézy. Při používání této metody by ošetřující měl znát odpovědi na tyto otázky:

- Jak pacient slyší na pravé a na levé ucho?
- Používá pacient nějaké kompenzační sluchové pomůcky?
- Jak pacient slyší?
- Jaké zvuky jsou pacientovi nepříjemné?
- Jaká je oblíbená hudba pacienta?
- Jaká hudba je pacientovi nepříjemná?
- Ve které denní době nejčastěji pacient poslouchá hudbu?
- Jsou okamžiky, kdy pacient nesnese mít puštěnou hudbu?
- A další...

Mezi prostředky, které může terapeut využít k auditivní stimulaci, patří: řeč (vyprávění, předčítání, reprodukce řeči ze záznamu), hudba (reprodukováná z přehrávače, z televize, z rádia), a zpěv. Pokud se ošetřující potřebuje dorozumět s pacienty, kteří jsou např. po úrazech mozku, nebo po cévních mozkových příhodách a tito pacienti nerozumějí, co jim terapeut říká, je možné použití analogování. Analogování využívá formu různých karet s obrázky, situacemi a předměty a díky nim je možné se s pacienty domluvit (Friedlová, 2010).

## 4.5 Orální stimulace

Lidská ústa jsou nejaktivnější na vnímání a nejcitlivější zónou na těle. Ústa jsou vnímána jako osobní intimní zóna. Mezi nejaktivnější zóny na těle patří právě ústa a ruka. Ústa člověk využívá ke komunikaci, k příjmu potravy, k vnímání konzistence, k vnímání chutí a vůní, k vyjádření emocí, k dýchání, k prožitkům a někdy i jako pracovní nástroj. Ústa mohou terapeutovi posloužit jako prostředek ke stimulaci vnímání a k navázání

komunikace s pacienty, kteří mají těžké změny v oblasti komunikace a vnímání (pacienti ve vigilním kómatu, aj.). Chuťové receptory jsou nervová zakončení, která reagují na chuťové podněty a jsou uložena na povrchu jazyka v chuťových pohárcích. Chuťové receptory jsou v dutině ústní uloženy také na hrtanové příklopce a na měkkém patře (Savel'jev, 2014). Při plném vědomí má člověk většinou ústa uzavřena, pokud je ale vědomí nějakým způsobem zastřené, tím méně pacient pohybuje jazykem, má uvolněnou dolní čelist a z úst vytékají sliny. Sliny jsou neustále produkovány na základní úrovni. Aby byla dutina ústní nepřetržitě vlhká a čistá, produkují sliny slinné žlázy. Nepodmíněným reflexem se sekrece slin zvyšuje, pokud se ústa dotknou potravy, nebo podmíněným reflexem, kdy vůně jídla nebo pohled na potravu vyvolá sekreci slin. Podčelistní, příušní a podjazykové slinné žlázy se účastní také na podmíněné sekreci. Množství sekrece slin během dne je různá a je závislá i na příjmu potravy (Merkunová, Orel, 2008). Sliny obsahují anorganické látky ( $\text{HCO}_3^-$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Cl}^-$ ,  $\text{Na}^+$ ,  $\text{Ca}^{2+}$  a fosfáty) a látky organické ( $\alpha$ -amylázu, mucin, lysozym a imunoglobulin A). Sliny obsahují vodu z 99,5 % (Mazánek, 2015). Pokud je u pacienta narušena možnost polykání slin, ty poté odtékají ven z dutin ústní a způsobují poškození kůže. Kůže může být zprvu červená a poté vnikají eroze a ragády. V případě, že je pacient často odsáván, mohou vzniknout drobná mikro traumata. Pokud v dutině ústní vznikne zánět, pacient pociťuje velmi nepříjemnou bolest a pálení (Sláma, Kabelka, Vorlíček, 2011). Pacienti po úrazech, nebo v těžkém stadiu nemoci jsou odkázáni v péči o dutinu ústní na ošetřující personál a ten by měl dodržovat zásady, jako jsou: před provedením péče o dutinu ústní je důležité provést vyšetření a kontrolu dutiny ústní, kontrolu rtů, pozornost by měl věnovat také stavu hydratace, dle biografické anamnézy by měl zjistit, jaké prostředky k dentální hygieně pacient používal a jaké jsou jeho oblíbené nápoje a pokrmy. Tyto získané informace by měl terapeut zohlednit během poskytování péče o dutinu ústní u pacientů. Během péče je nutné brát zřetel na několik faktorů.

- Je dutina ústní vlhká nebo suchá?
- Jak vypadají sliznice a jazyk?
- Chybí pacientovi některé zuby, nebo je chrup kompletní?
- Kontrola aftů, ragád a puchýřů.
- Má pacient protézu (jakou)?
- Jak vypadají dásně?
- Jaký vzhled mají rty a ústní koutky?
- Které přípravky pro dutinu ústní pacient používal?
- Je schopen pacient na požádání ústa otevřít a zavřít?
- Jakým chutím dává přednost?

- Netrpí pacient poruchou polykání?
- Je pacient schopen vnímat čichové podněty?
- Je pacient schopen zrakového vnímání? (Friedlová, 2007)

K metodě orální stimulace lze využívat molitanové nebo vatové štětičky. Molitanové štětičky mají tu výhodu, že dobře nasáknou chuťové médium a také jsou vhodné pro hygienu v dutině ústní (dobře čistí jazyk a stírají povlaky). Chuťové médium ošetřující volí dle informací získaných z biografické anamnézy (které nápoje a potraviny má pacient v oblibě). Pokud pacienti nejsou schopni na požádání ústa otevřít, je možné volit následující:

- Iniciální dotek.
- Dotek pacienta na hlavě.
- Čichová stimulace.
- Vestibulární stimulace.
- Manuální stimulace slinných žláz.
- Lehká stimulace rtů.
- Somatická stimulace obličeje.
- Orofaciální stimulace.

Orální stimulaci může ošetřující kombinovat s péčí o dutinu ústní. Cílem kombinace je:

- Hygiena dutiny ústní.
- Umožnit pacientovi vnímat příjemné prožitky z dutiny ústní.
- Podpořit slinotok chuťovou stimulací.
- Stimulovat vnímání (aktivizovat chuťové centrum).
- Aktivizovat paměťové stopy díky použití chuťového média z biografické anamnézy pacienta.
- Navázání kontaktu s pacientem díky chuťovému médiu (u pacientů ve vigilním kómatu, po úrazech mozku, aj.).

Aby byla orální stimulace u pacientů účinná, je potřeba umožnit pacientovi takovou polohu, která mu je příjemná a během které se bude moci nejlépe koncentrovat. Dále je potřeba, aby pacient měl možnost ochutnat to, co má opravdu rád a co je pro něj známé.



Ošetřující by měl během celého procesu sledovat pacientovi reakce a orální stimulace by neměla být prováděna v případě, že je pacient například po nějakém výkonu zřetelně unavený a potřebuje odpočinek. Důležité je, aby pacient prožíval během péče o dutinu ústní příjemné pocity a abychom nepřerušovali kontakt s pacientem (Syřenová, 2009).

#### **4.6 Olfaktorická stimulace**

Pachy a různé vůně jsou pro člověka bezesporu velikým vyvolavačem vzpomínek. Jak na určité roční období, tak na lidi a situace. Olfaktorická a orální stimulace spolu velice úzce souvisí. Čichová oblast leží v horní části laterální stěny a septa a obsahuje čichové buňky. Tyto receptory vnímají pachové stopy rozpuštěné v hlenu. Tyto podněty jsou vedeny dále vlákny čichového nervu a přestupují přes dírkovanou ploténku čichové kosti přes lebeční bázi dále do mozku (Fiala, Valenta, Eberlová, 2015). Čichové schopnosti u člověka mohou s postupným věkem klesat a na podněty má čich velkou schopnost se adaptovat (Buchholz, Shürenberg, 2005). Aby ošetřující nevyvolal v pacientovi negativní stimulaci, je důležité si nejprve projít biografickou anamnézu pacienta před tím, než u něj začne provádět olfaktorickou stimulaci. Olfaktorickou stimulaci by neměl terapeut pacientovi nabízet kontinuálně, protože je možné že by si na ni mohl pacient zvyknout stejně jako na okolí, které vypadá stále stejně. Pro tuto metodu je vhodné zvolit vůně toaletních osobních přípravků pacienta, jeho parfémů, deodorantů a také vůně jídla. Nevhodné je využívání vonných svíček apod. K olfaktorické stimulaci je možné využít také vůně týkající se pracovního prostředí pacienta, nebo vůně, které se nějakým způsobem týkají jeho zálib a koníčků. Pro aktivizaci asociačních funkcí a stimulaci paměťových stop je čichová stimulace vhodná zejména u pacientů po úrazech mozku a také ve vegetativních stavech. Například pokud pacient cítí své toaletní potřeby, je možné pochopení dané situace a to že se bude přistupovat k toaletě. U pacienta je tak možné navodit pocit jistoty a bezpečí (Friedlová, 2007).

#### **4.7 Taktilně-haptická stimulace**

Mechanoreceptory jsou v organismu uloženy v různých vrstvách kůže. Většina mechanoreceptorů reaguje na tlak a dotek, Paciniho tělíska reagují na vibrace a Meissnerova tělíska na lechtání. Hustota rozložení hmatových tělísek je největší na rtech a bříškách prstů. Oproti tomu na zádech je toto rozložení nejnižší (Rokyta, 2015). Metoda taktilně-haptické stimulace si klade za cíl umožnit pacientovi smysluplné stimuly v podobě materiálů a věcí, které zná. Díky biografické anamnéze je terapeut schopen poskytnout pacientovi stimulaci díky osobním věcem, které pacient běžně využíval, nebo předměty, které používal v pracovním životě, či jako jeho koníček. Ošetřující může využít žínky, ručníky, hračky, talismany pacienta, mobilní telefon, klíče, hrníček, zubní kartáček, hřeben, mýdlo, pero apod. U pacientů ve vigilním kómatu, nebo po mozkových úrazech je

tato stimulace možností jak stimulovat paměťovou stopu a aktivizovat oblast mozku pro motoriku a senzoriku ruky. Jestliže pacient není schopen sám hýbat rukou a prsty, je možné tuto stimulaci provádět asistovaně. Taktilně-haptickou stimulaci můžeme kombinovat se stimulací auditivní, optickou nebo olfaktorickou (Jadlovcová, 2009).

## 5. Biografická anamnéza

Každý člověk a tedy i každý pacient je individuální osobností, která rozdílně reaguje a vnímá určité situace. Ošetrovatelská péče, která je pacientovi poskytována na podkladě biografické anamnézy je vykládána jako porozumění pacientovi a umění ho doprovodit až na konec jeho života. Pokud ošetřující zná pacientovi návyky a životní zvyky, je to předpoklad pro integraci konceptu bazální stimulaci do péče o pacienta. Ošetrovatelská péče, která je poskytována individuálně vyžaduje ze strany ošetřujícího pochopení pro periodu a dobu, ve které se pacient právě nachází. Ošetřovat a pracovat s pacientem jako s autonomní jednotkou znamená, že ho zcela respektujeme a chápeme. Aby byla bazální stimulace poskytována na kvalitní a dostatečné úrovni, je nutné získat od příbuzných pacienta dostatek informací týkajících se jeho návyků, rituálů, prožitků a zvyků (Mach, 2014). Zohlednění pacientovi biografické anamnézy umožňuje naplánovat ošetrovatelský proces a konstruktivní cestu ošetřujícím a terapeutům. Údaje získané z biografické anamnézy by měly být důležitým vodítkem pro poskytování individuální a profesionální péče. Aby byla biografická anamnéza od pacienta a jeho příbuzných odebrána na co nejkvalitnější úrovni, je nutné, aby terapeut měl následující předpoklady: schopnost empatie, komunikační schopnosti, schopnost integrovat do péče příbuzné pacienta, schopnost týmové práce, trpělivost, schopnost aktivně naslouchat, schopnost aplikovat vytyčené cíle, intelektuální schopnosti a organizační schopnosti. Zdravotnická zařízení si otázky do biografické anamnézy sestavují dle sebe a měly by zhruba zahrnovat:

- Otázku ohledně profese pacienta a jeho sociální situace.
- Sepsání, kdo může a kdo nemůže pacienta navštěvovat.
- Jak pacient slyší.
- Jaký je pacient typ – jestli je spíše samotářský, živý, klidný.
- Jak pacient vidí, zdali potřebuje brýle.
- Jaká je struktura pacientova dne, jaký je jeho denní rytmus.
- Jestli je pacient levák nebo pravák.
- Které doteky pacient má rád a které naopak nemá.
- Jak se pacient holí, jak si čistí zuby a pečuje o dutinu ústní.
- V jaké poloze pacient nejraději usíná, jak je zvyklý se přikrývat.
- Co pacient jí rád a co nerad.
- Co pacient pije rád a co nerad.
- Jaké má pacient rád rádio, jaký televizní pořad, jakou hudbu.

- Upřednostňuje pacient nějaké materiály.
- Jaké jsou oblíbené vůně pacienta.
- Jaké má oblíbené předměty, věci.
- Co pacient dělá, když má bolesti a jak vnímá bolest.
- Co pacient dělá, aby se dobře cítil (klid, hudba, jídlo, nápoj).
- Otázka na doplňující sdělení.
- Důležitý zážitek, který pacient v poslední době prožil (Friedlová, 2007).

Sepsání biografické anamnézy může ošetřujícím poskytnout mnoho důležitých informací pro kvalitní a individuální poskytování péče. Příbuzné pacienta je důležité začlenit do péče o něj a je nutné jim vše trpělivě a srozumitelně vysvětlit. Je vhodné příbuzným vysvětlit, proč je sepsání biografické anamnézy pro pacienta důležité a v čem a je na místě nabídnout jim, aby si formulář biografické anamnézy vzali s sebou domů a v klidu si odpovědi na otázky rozmysleli. Je zcela samozřejmé, že ošetřující tým není schopen úplně zachovat pacientův zažitý rytmus a strukturu jeho dne. Nicméně ale díky informacím z biografické anamnézy je tým schopen v tomto ohledu pacientovi pomoci.

## 6. Vzdělávací kurzy bazální stimulace

Aplikovat koncept bazální stimulace na pacienta mohou zdravotníci ošetrovatelské péče pouze po absolvování daného kurzu. V České republice jsou kurzy děleny na základní, nástavbové a prohlubující. Každý kurz je veden řádně vyškoleným a certifikovaným lektorem. Kurzy zaštiťuje Institut Bazální Stimulace s.r.o. Ochrannou známku celého konceptu pak vlastní Internationaler Förderverein Basale Stimulation® e.V.

V České Republice jsou celkem čtyři certifikovaní lektoři oprávnění k výuce konceptu Bazální stimulace – Mgr. Kateřina Menšíková (registrační číslo 971 v EU), Bc. Helena Dvořáková, DiS. (reg. č. 869 v EU), PhDr. Karolína Friedlová (reg. č. 608 v EU) a Mgr. Hedvika Borýsková (reg. č. 970 v EU). Toto oprávnění není možné získat v České republice. Všichni certifikovaní lektoři jsou shromažďováni v databázi na webových stránkách [www.basale-stimulation.de/fachleute](http://www.basale-stimulation.de/fachleute). Kurzy probíhají po celé České a Slovenské republice.

### Rozdělení kurzů

- 1) Základní kurzy – cílem těchto kurzů je teoretické i praktické zvládnutí základních principů konceptu bazální stimulace. Celková délka kurzu je 24 hodin.

Obsahem kurzu je:

- Teoretické základy konceptu.
- Zvládnutí anatomického a fyziologického popisu centrálního nervového systému.
- Psychologie – zejména témata důležitá k pochopení vývojové prenatální psychologie.
- Užití konceptu bazální stimulace u rozdílných sociálních skupin – děti, senioři, mentálně či pohybově postižení pacienti.
- Mezi další zahrnutá témata patří – dotek a jeho význam při bazální stimulaci, komunikace – převážně její nonverbální složka, somatická stimulace, propiocepce, 10 centrálních cílů bazální stimulace.

- 2) Nástavbové kurzy – nástavbové kurzy slouží k rozšíření znalostí získaných v základních kurzech konceptu bazální stimulace. Zájemci se na ně mohou přihlásit nejdříve 3 měsíce po absolvování kurzu základního, který byl také veden certifikovaným lektorem. Celková délka kurzu je 16 vyučovacích hodin.

Obsahem kurzu je:

- Nástavba k prvkům vyučovaným v základním kurzu – lidské vnímání a jeho komplexnost.
  - Využití orální stimulace – chuť, polykací akt.
  - Stimulace nervus olfactorius – využití čichu a asociací na něj vázaných.
  - Zraková stimulace – zrak jako nástroj orientace a vnímání svého okolí, význam této stimulace při vybavování vzpomínek.
  - Sluchová (auditivní) stimulace.
  - Hmatové vnímání.
  - Využití diametrální koupele – převážně spastičtí pacienti.
  - Biografická anamnéza v konceptu bazální stimulace a její význam.
- 3) Prohlubující kurzy – prohloubení znalostí získaných absolvováním kurzu základního i nastavbového. Celková délka kurzu je 8 vyučovacích hodin. Kurz má část teoretickou a část specifickou.

Teoretická část:

- Opakování informací získaných v předešlých kurzech.
- Rozšíření těchto informací.
- Rozšířený pohled na pojetí klienta.
- Biografická anamnéza.
- Reflexe, dialog.

Speciální část:

- Snaha o uplatnění konceptu bazální specializace ve specializaci, které se daný účastník kurzu věnuje.
- Začlenění konceptu jako součásti péče v ošetrovatelství.

## **7. Náplň práce a kompetence sester na anesteziologicko-resuscitačním oddělení**

Náplň práce a kompetence sester v intenzivní péči na anesteziologicko-resuscitačním oddělení (dále jen ARO) vychází z § 55 vyhlášky č. 55/2011 Sb. Činnost vykonávaná zdravotními sestrami na tomto oddělení vychází z § 54, podle kterého je sestra v intenzivní péči oprávněna poskytovat péči pacientům s rizikem selhání, případně již s proběhlým selháním životních funkcí a to u pacientů starších deseti let. (Procházková, 2007).

Na resuscitačním oddělení jsou hospitalizováni pacienti v kritickém ohrožení života, pacienti s hrozbou selhání životně důležitých funkcí, či pacienti, u kterých dochází k selhání nebo již došlo k selhání jednoho či více orgánových systémů. Selhávající či selhaný orgánový systém vyžaduje podporu, případně přístrojovou náhradu.

Ukončení hospitalizace:

- Stabilizace a zlepšení stavu pacienta umožňující jeho přeložení na specializované oddělení.
- Stanovení mozkové smrti u pacienta.
- Úmrtí pacienta.

Sestra na resuscitačním oddělení by měla umět sledovat přístroje a vhodně interpretovat výsledky tak, aby v případě nutnosti mohly včas na tuto změnu upozornit lékaře, či zasáhnout v mezích své kompetence. Důležitý je celkový počet sester v jedné směně, kdy by na jednu sestru v dané směně měla připadnout péče o jednoho pacienta. Na každé směně by mělo být vždy přítomno několik sester, které mají znalosti a praxi pro vysoce odborné výkony.

Sestry, které pracují na lůžkové části anesteziologicko-resuscitačního oddělení, by měly umět obsáhnout co nejvíce informací o zdravotním stavu pacienta. Je tudíž nezbytné, aby měly dostatečné znalosti týkající se kvalitativních a kvantitativních poruch vědomí, dále aby rozpoznaly příznaky šoku, uměly interpretovat a rozpoznat změny EKG a poruchy plicních funkcí. Práce zdravotních sester na lůžkové části ARO je velice psychicky náročná a vyžaduje vysokou odbornou znalost, obětavost, fyzickou kondici, technickou zdatnost, samostatnost, rozhodnost a schopnost vhodně zareagovat při stresových situacích (Gulášová, 2006).

## **Empirická část**

Empirická část diplomové práce se zaměřuje na to, jaké mají dotazované osoby (všeobecné sestry) zkušenosti s Konceptem bazální stimulace a jestli absolvovaly na toto téma kurz či školení. Dále jsem zjišťovala, jaký má podle dotazovaných osob koncept bazální stimulace smysl, jaké techniky se u pacientů nejčastěji provádí, kolik času jim tato péče zabere a jestli si myslí, že tento čas je dostačující. Také jsem se snažila zjistit, zda všeobecné sestry spolupracují na resuscitačních odděleních s fyzioterapeuty a jestli jsou do bazální stimulace zapojováni i rodinní příslušníci.



## 8. Výzkumné otázky

### Výzkumné otázky:

1. Popište vlastními slovy, co znamená pojem bazální stimulace?
2. Provádíte jako sestra během své práce na oddělení bazální stimulaci?
3. Absolvoval/a jste kurz bazální stimulace? Pokud ano, jaký?
4. Jaké techniky bazální stimulace nejčastěji během své práce využíváte? Máte dostatek pomůcek k provádění bazální stimulace?
5. Kolik času zpravidla věnujete bazální stimulaci u pacienta? Přijde Vám tento čas dostačující? Kolik času byste ideálně potřeboval/a?
6. U pacientů s jakými diagnózami nejčastěji koncept bazální stimulace provádíte?
7. Znáte pojem biografická anamnéza? Sepisoval/a jste ji někdy?
8. Myslíte si, že provádění bazální stimulace má pro pacienta smysl? Jak mu podle Vás pomáhá a v čem?
9. Zapojujete do bazální stimulace i členy rodiny pacienta? Jak například?
10. Myslíte si, že vývoj a provádění bazální stimulace půjde vpřed, nebo že se jedná pouze o moderní záležitost, kterou se postupně přestanou zdravotníci zabývat?
11. Zapojují se na Vašem pracovišti do provádění bazální stimulace i fyzioterapeuti?
12. Navrhl/a byste k provádění bazální stimulace v praxi na anesteziologicko-resuscitačním oddělení nějaká zlepšení? Napadá Vás ještě nějaká poznámka k bazální stimulaci?

## 9. Metodika

Pro potvrzení nebo vyvrácení stanovených cílů byla zvolena forma kvalitativního výzkumu. Pro získání informací od dotazovaných osob byl zvolen polostrukturovaný rozhovor vlastní konstrukce s otevřenými otázkami, aby neomezovaly odpovědi respondentů. Osoby, se kterými jsem vedla rozhovory, jsou všeobecné sestry, které pracují na resuscitačním oddělení. Rozhovor byl zcela dobrovolný a dotazovaným osobám byla zaručena anonymita. Sběr dat probíhal formou částečného přepisu. Analýza rozhovorů byla opřena o hledání důležitých výsledků a dále o hledání podobností a odlišností. Také jsem se zaměřila na hledání obecnějších poznatků. Zjištěná data jsem posléze klasifikovala, byla utříděna do kategorií, které se relevantně vztahují ke zkoumanému tématu. Na konci empirické části diplomové práce probíhá verifikování výsledků výzkumu (jeho smysluplnost a kritické zhodnocení).

### 9.1 Kvalitativní výzkum

Existuje několik teorií, které vymezují kvalitativní výzkum. Některými metodology je kvalitativní výzkum chápán jako protipól metod kvantitativních. V tomto případě hovoříme o kvalitativním výzkumu pouze tehdy, pokud bylo výsledků dosaženo jiným způsobem než pomocí statistických postupů. Část metodologů však s tímto vymezením nesouhlasí a nepovažují za hlavní znak kvalitativního výzkumu chybení číselného vyjádření výsledků. Nejčastěji proto bývá užívána definice podle Creswella (1998, s. 12), která zní: *„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“* Typickým znakem kvalitativního výzkumu je fakt, že člověk vedoucí tento výzkum si ještě před jeho začátkem vybírá téma a také výzkumné otázky, které pak během probíhajícího sběru a analýzy dat může i nejrůzněji upravovat či doplnit. Mezi základní prvky kvalitativního výzkumu patří pozorování, texty a dokumenty sloužící k teoretickému pochopení tématu, interview a případně i audio- či videozáznamy. Celý výzkum probíhá v delším časovém intervalu než klasické kvantitativní metody. Sběr i analýza dat probíhají u kvalitativního výzkumu souběžně, tzn., že sebraná data jsou ihned analyzována a na základě výsledků dojde k rozhodnutí, zda jsou data potřebná či nikoliv. Poté následuje nový sběr a nová analýza. Nedílnou součástí výzkumu je také následné přezkoumání dat a ověření jejich validity. Často součástí kvalitativního výzkumu bývá i konzultace závěrů získaných výzkumníkem se sledovanými jedinci (Hendl, 2008).

## **9.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumného šetření k diplomové práci se zúčastnilo celkem 10 všeobecných sester, které pracují na resuscitačním oddělení ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady a v Ústřední vojenské nemocnici. K rozhovoru byly osloveny ty sestry, které měly v danou situaci čas a prostor pro zodpovězení mých výzkumných otázek. Dotazované respondentky byly sestry různého věku, pohlaví a různé délky praxe. Důvodem tohoto výběru bylo zmapování rozličných odpovědí ohledně zkušeností s využíváním konceptu bazální stimulace. Všechny rozhovory byly provedeny na podkladě písemného souhlasu vrchních sester daných klinik a náměstkyň pro ošetrovatelskou péči daných nemocnic. Písemnou formou jsem také kontaktovala paní PhDr. Karolínu Friedlovou, zdali by se v diplomové práci mohla vyjádřit ohledně problematiky bazální stimulace na anesteziologicko-resuscitačních odděleních. Paní doktorka byla velice ochotna a zodpověděla několik mých otázek.

## **9.3 Průběh výzkumného šetření**

V následující kapitole bude popsáno, jak výzkumné šetření probíhalo. Veškeré rozhovory byly se svolením sester nahrávány na kapesní diktafon a poté doslovně přepsány a zpracovány. Výzkumné rozhovorové šetření probíhalo v období od prosince 2015 do března 2016. Před každým rozhovorem jsem se sestře představila a vysvětlila jí, jaké jsou mé cíle a co bych se ráda díky rozhovoru dozvěděla. Rozhovory většinou probíhaly na denní místnosti sester, nebo přímo u lůžka pacienta, kdy sestra vykonávala určitou činnost, ale byla možnost mé přítomnosti. V některých chvílích musel být rozhovor přerušen, například z pracovních povinností sestry, ale vždy byl po nějaké chvíli rozhovor dokončen. Dotazovaným sestrám byla zcela zaručena anonymita, a proto v empirické části nejsou uvedena jména dotazovaných všeobecných sester. Pro přehlednost jsou sestry označeny číslicí 1–10 a to dle pořadí, ve kterém rozhovory probíhaly. Charakteristika dotazovaných sester je uvedena v následující tabulce.

<b>Respondenti</b>	<b>Věk</b>	<b>Dosažené vzdělání</b>	<b>Délka praxe</b>	<b>Pracoviště</b>	<b>Délka rozhovoru</b>
<b>Sestra 1</b>	30	Střední odborné + ARIP	10 let	ÚVN	40 min.
<b>Sestra 2</b>	31	Vysokoškolské Mgr. + ARIP	6 let	ÚVN	35 min.
<b>Sestra 3</b>	30	Vysokoškolské Mgr., Ing. + ARIP	8 let	ÚVN	35 min.
<b>Sestra 4</b>	25	Vysokoškolské Mgr.	1 rok	ÚVN	25 min.
<b>Sestra 5</b>	33	Vysokoškolské Bc. + ARIP	9 let	ÚVN	50 min.
<b>Sestra 6</b>	33	Vysokoškolské Mgr.	8 let	FNKV	35 min.
<b>Sestra 7</b>	26	Vysokoškolské Mgr.	1 rok	FNKV	30 min.
<b>Sestra 8</b>	31	Vyšší odborné + ARIP	7 let	FNKV	45 min.
<b>Sestra 9</b>	23	Vyšší odborné + ARIP	1,5 roku	FNKV	30 min.
<b>Sestra 10</b>	38	Vysokoškolské Bc. + ARIP	14 let	FNKV	45 min.

Tabulka 1. Základní údaje o respondentech

## 10. Výzkumné otázky a rozbor rozhovorů se sestrami

### Otázka 1: Popište vlastními slovy, co znamená pojem bazální stimulace?

Cílem této otázky bylo zjistit, co si všeobecné sestry pod pojmem bazální stimulace představují. Jak tento koncept chápou, jak si ho vykládají a co o něm vědí.

**Sestra 1:** „Koncept bazální stimulace bych popsala asi jako koncept činností, nebo postupů, které jsou využívány u dětí, u pacientů po úrazech mozku a vlastně i nejen u nich.“

**Sestra 2:** „Já si tento koncept vykládám jako stimulaci, jako podporu a rozvoj vědomí a vnímání. Řekla bych, že jde o komunikaci v základní rovině žití. Jde o koncept postupů.“

**Sestra 3:** „Je to koncept, který nám ukazuje určitý přístup k pacientům, který je v jejich situaci potřebný k zlepšení stavu nebo zpříjemnění stávajících podmínek. Využívá se s dostupnými informacemi od rodiny, upravení prostředí nebo zapojení rodiny přímo do ošetrovatelské péče a to všechno pro zefektivnění celého procesu.“

**Sestra 4:** „Je to speciální ošetrovatelsko-rehabilitační metoda, která má pomoci pacientovi lépe vnímat svět kolem sebe a komunikovat.“

**Sestra 5:** „Myslím si, že bazální stimulace je ošetrovatelská a rehabilitační metoda, díky které se pacientovi pomáhá lépe vnímat své okolí a snaží se ho uvést do situace, ve které se nachází. Jednoduše bych řekl, že se tento koncept snaží pečovat o pacienty individuálně, a aby neleželi bezvládně v lůžku.“

**Sestra 6:** „Řekla bych, že jde podporu a vedení ošetrovatelské péče u těžce nemocných lidí.“

**Sestra 7:** „Bazální stimulace se začleňuje do péče o pacienty, kteří jsou velice nemocní. Napomáhá jim k návratu do běžného života a zkracuje dobu hospitalizace.“

**Sestra 8:** „Jde o poskytování základních podnětů a vjemů, které jsou různé a kterými pacientům pomáháme si uvědomovat nebo vzpomínat na vjemy, které znají a nemají možnost je teď prožít sami.“

**Sestra 9:** „Dle mého názoru jde o stimulaci pacienta pomocí postupů, které stimulují podvědomé smyslové vnímání pacienta.“

**Sestra 10:** „Bazální stimulace je metoda, která je v zahraničí již běžně zaběhnutá. Jde o soubor činností, kterým pacientovi předkládáme určité podněty, které mají stimulovat jeho smysly, bych řekla. Vlastně se během stimulace snažíme o to, aby si pacient uvědomil, kde je, co se děje a to i když je v bezvědomí.“

Zhodnocení: Z rozhovoru vyplývá, že pod pojmem bazální stimulace dotazované sestry hledají činnosti a postupy, která se využívají u dospělých i dětských pacientů k tomu, aby u nich došlo k podpoře a rozvoji vnímání. Bazální stimulace také evokuje individuální přístup k pacientovi, napomáhání k uzdravení a vnímání okolního světa. Sestry často odpovídaly, že jde o ošetrovatelsko-rehabilitační metodu, která napomáhá návratu k běžnému životu pacienta, snaží se poskytnout pacientovi informaci o situaci, ve které se nachází, o tom co se bude dít a také poskytnutí základních podnětů a vjemů.

## **Otázka 2: Provádíte jako sestra během své práce na oddělení bazální stimulaci?**

Cílem této otázky bylo zjistit, zda všeobecné sestry vykonávají bazální stimulaci během své ošetrovatelské činnosti u pacienta.

**Sestra 1:** „No, ne u všech pacientů. Někdy bazální stimulaci praktikuji, ale většinou podle času. Někdy se stane, že mám na starosti dva pacienty, nebo musím zastat funkci vedoucí směny, když kolegyně není přítomna. Někdy také mívám na starosti studenty.“

**Sestra 2:** „Ano, snažím se, ale většinou se vše odvíjí od toho, kolik mám času. Snažím se o provádění bazálky během hygieny pacienta, když pacienta polohuji, a když ho krmím. Všechno ale provádím v základní rovině, protože nemáme moc času.“

**Sestra 3:** „Já za sebe se snažím. Ale více než celý koncept využívám pouze určité části a prvky.“

**Sestra 4:** „Ano, používám a většinou u pacientů, kteří na našem oddělení leží delší dobu.“

**Sestra 5:** „Bazální stimulaci se snažím provádět u pacientů, kteří ji potřebují. Samozřejmě to nejde u každého pacienta. Ale u těch, které tu máme hospitalizované déle, to děláme.“ **U kterých pacientů to například nejde? Můžete mi to povědět?** „No, třeba u pacientů po dopravních nehodách. Ti bývají ve vážném stavu a nemají stabilní životní funkce. Nebo u pacientů, kteří mají zvýšený intrakraniální tlak. Tam to také nejde.“

**Sestra 6:** „Snažím se, provádím ji celkem často.“

**Sestra 7:** „Ano, ale nepravidelně. Hlavně podle času a dle stavu pacienta.“

**Sestra 8:** „Bazálku provádím někdy. Je to různé a zohledňuji vždycky klinický stav pacienta a stanovené diagnózy.“

**Sestra 9:** „Bazální stimulaci provádím jen tehdy, pokud toto přání vysloví rodina pacienta.“

**Sestra 10:** „Snažím se bazální stimulaci provádět, ale je pro mě osobně demotivující, pokud jsem jediná, kdo stimulaci u pacienta provádí.“ **Jak to myslíte?** „Že mi přijde bez

*smyslu, abych například já jediná u pacienta prováděla iniciální dotek. I když je zavedena vytištěná cedule u lůžka pacienta, tak ne všichni tento pokyn dodržují.“*

Zhodnocení: Dle odpovědí sester je patrné, že nejčastějším faktorem při uplatňování bazální stimulace je čas a počet pacientů, které má sestra na starosti. Roli zde také hraje to, v jakém stavu je pacient, jaká je jeho diagnóza a jak dlouho je na oddělení hospitalizován. Jedna ze sester uvedla, že bazální stimulaci provádí na přání pacientovi rodiny. Důležitá je odpověď sestry, která odpověděla, že je pro ni demotivující, když jako jediná z ošetřovatelského týmu projeví snahu o provádění bazální stimulace a nerespektování například iniciálního doteku.

### **Otázka 3: Absolvoval/a jste kurz bazální stimulace? Pokud ano, jaký?**

Otázka číslo 3 měla za úkol zjistit od všeobecných sester, zda absolvovali některý z kurzů bazální stimulace a případně jaký typ kurzu.

**Sestra 1:** *„Ano, mám základní kurz bazální stimulace, který byl pořádán zde v ÚVN. Naším školitelem byla paní Friedlová a Dvořáková.“*

**Sestra 2:** *„Ano, absolvovala jsem jak základní kurz, tak nástavbový kurz bazálky. Kurz probíhal tady v ÚVN.“*

**Sestra 3:** *„Mám jak základní kurz, tak i nástavbový a prohlubující. Všechny jsem absolvovala v ÚVN.“*

**Sestra 4:** *„Bohužel jsem kurz bazální stimulace neabsolvovala, proto nejsem oficiálně oprávněna stimulaci praktikovat. Spoustu jsem toho ale okoukala od kolegyň a provádím u pacientů výkony, které s bazální stimulací souvisejí. Snažím se na pacienta neustále mluvit, vystavuji mu fotografie, které donese rodina a další,“*

**Sestra 5:** *„Ne, ne, kurz bazální stimulace nemám. Ale do budoucna bych ho rád absolvoval. Nicméně si myslím, že je možné stimulaci správně provádět i bez kurzu. Nebo teda alespoň základní postupy.“*

**Sestra 6:** *„Nemám kurz bazální stimulace.“*

**Sestra 7:** *„Ano, mám základní kurz bazální stimulace.“*

**Sestra 8:** *„Ano, ale už je to dávno. Mám absolvovaný základní kurz.“*

**Sestra 9:** *„Neabsolvoval.“*

**Sestra 10:** *„Kurz bazálky mám a to jak ten základní, tak i nástavbový.“*

Zhodnocení: Z odpovědí sester vyplývá, že více než polovina dotazovaných absolvovala kurz základní stimulace. Některé mají absolvovaný i nástavbový kurz a jedna ze sester prošla kurzem prohlubujícím. Některé sestry kurz neabsolvovaly, ale přesto se snaží o provádění bazální stimulace.

**Otázka 4: Jaké techniky bazální stimulace nejčastěji během své práce využíváte? Máte dostatek pomůcek k provádění bazální stimulace?**

Tato otázka byla položena z důvodu snahy o zjištění, jestli mají sestry během své práce dostatečné množství pomůcek k provádění bazální stimulace u pacienta a také, jaké techniky bazální stimulace nejčastěji využívají.

**Sestra 1:** „Pomůcky k základní hygieně a pomůcky k polohování jsou podle mě dostačující, není třeba zakládat bazální stimulaci na šíleném množství pomůcek. Na ARO je celkem nepříznivé kupit na sebe tisíce pomůcek, které by měly být omyvatelné a z příjemného materiálu. Náš prostor okolo lůžka je velmi limitovaný. Už jenom nástěnky, které jsou zavěšené na konstrukci držící plenty, jsou pro personál celkem nebezpečné.“

**Sestra 2:** „Ze somatické stimulace nejčastěji provádím polohování pacienta a formou hygieny. Pro optickou stimulaci využívám fotky, obrázky a televizi. Hudbu, rádio a rozhovor s pacientem využívám pro stimulaci auditivní.“

**Sestra 3:** „Nejčastěji používám prvky nástavbové stimulace. Optickou, auditivní, taktilně-haptickou, olfaktorickou a orální. Pomůcek máme většinou na oddělení dostatek, anebo se domlouváme s rodinou, aby něco poskytli, pokud mohou.“

**Sestra 4:** „Názvy teď úplně nevím, pacienta pravidelně polohuji, s pomocí rehabilitačního pracovníka pacienta posazujeme a postavujeme, to je myslím vestibulární stimulace. U postele nám visí cedulka, jak máme pacienta oslovovat a kde je místo jeho iniciálního doteku. Jak jsem říkala, ukazujeme jim fotky a obrázky, nasazujeme brýle, pokud na ně byli pacienti zvyklí. Někdy tu rodina nechá knížku, a když je čas, tak třeba kousek přečteme, ale to je opravdu výjimečně. Používáme jejich osobní hygienické potřeby, na které jsou zvyklí a oblékáme je do jejich oblečení.“

**Sestra 5:** „Neumím říct, jak se přesně ty jednotlivé techniky jmenují, ale často provádím iniciální dotek, v okolí pacientova lůžka nainstaluji fotografie, které donese jeho rodiny. Během toalety využívám osobních hygienických potřeb pacienta, nebo přímo i jeho oblečení. A samozřejmě je polohování. Rád polohuji pacienty do mumie, nebo jak se této poloze říká. Ta mi připadá bezvadná. Pacient je tak nějak najednou v bezpečí.“

**Sestra 6:** „Provádím asi nejčastěji somatickou, vibrační a vestibulární stimulaci. Pomůcek máme dost, bohatě nám vystačí.“



**Sestra 7:** „Využívám vestibulární a vibrační stimulaci. A také tělesnou stimulaci.“

**Sestra 8:** „Provádím iniciální dotek, sepisuji biografickou anamnézu, komunikuji s pacientem. Využívám koupele, masáže a polohování. Společně s rehabilitační provádíme vibrační podněty, a vestibulární stimulaci. Stimuluji čich, chuť a sluch.“

**Sestra 9:** „Já používám nejvíc asi iniciální dotek. S vybaveností co se týče pomůcek, si nejsem zcela jistý.“

**Sestra 10:** „Nejsem si jistá názvy, ale používám hlavně stimulaci během hygieny pacienta a také polohování je v podstatě neustálé. S fyzioterapeuty používáme stimulaci s vibracemi a také hodně polohujeme. A vlastně využíváme fotografie pacienta, které nám poskytne rodina.“

Zhodnocení: Z odpovědí je patrné, že dotazované z prvků bazální stimulace nejvíce využívají polohování, stimulaci během hygieny pacienta, stimulaci pomocí hudby, fotografií a obrázků. Některé odpověděly, že používají osobní hygienické pomůcky a oblečení pacienta. Velice často je také využíván iniciální dotek. Na otázku ohledně dostatku pomůcek většina sester odpovídala pozitivně. Uváděly, že si myslí, že není potřeba příliš mnoho speciálních pomůcek. Nejvíce používají pomůcky k polohování pacienta a o některé je možné požádat rodinu pacienta.

**Otázka 5: Kolik času zpravidla věnujete bazální stimulaci u pacienta? Mohu se zeptat, jestli Vám tento čas připadá dostačující? Kolik času byste ideálně potřeboval/a?**

Otázka číslo 5 byla zaměřena na časovou problematiku péče. Ptala jsem se, kolik času u pacienta většinou bazální stimulaci věnují, jestli jim připadá tento čas jako dostačující a také kolik by si ideálně času představovaly, aby měla bazální stimulace smysl.

**Sestra 1:** „Nelze úplně říct, kolik času. Pokud pracuji s bazální stimulací, nebo se o to alespoň snažím, činím tak ve větší části mé služby. To znamená pokaždé, když přistupuji k pacientovi, během ranní hygieny a během dopolední a odpolední rehabilitace.“

**Sestra 2:** „Při ošetrovatelské péči v průběhu dne mi čas přijde přiměřený. Čas nedokážu spočítat. Ve větší míře bych musela mít tak jednoho pacienta, aby bazální stimulace mohla být dostatečně aplikovaná.“

**Sestra 3:** „Podle mě nejde o čas navíc, považuji to za součást ošetrovatelské péče. Všechno se dá udělat různým přístupem.“

**Sestra 4:** „Nejvíce času se jí věnuji při hygieně a v průběhu dne je to spíš dle časových možností a stavu pacienta. Ten čas určitě dostačující není, ale řekla bych, že vzhledem k fungování ARO je adekvátní.“

**Sestra 5:** „S bazální stimulací se dá pracovat během celé služby. Kdykoliv jdete k pacientovi, při každém výkonu na něj mluvíte. Myslím, že nejde ani tak o čas, jako o kontinuálnost.“

**Sestra 6:** „Řekla bych, že tak 20–30 min denně. Tento čas mi připadá v pořádku.“

**Sestra 7:** „Okolo 10 až 20 minut. Čas určitě dostatečný není, ale v provozu na takovémto vytíženém oddělení je to složité.“

**Sestra 8:** „Je to individuální, jde o čas a aktuální stav na oddělení. Ideální by samozřejmě byl čas po celou směnu bez jiných povinností.“ **Jaké povinnosti máte na mysli?** „Myslím třeba vedení dokumentace, příjmy a překlady. Je toho hodně.“

**Sestra 9:** „Nemohu odpovědět, kolik času bazální stimulací strávím, nejsem si tím jistý.“

**Sestra 10:** „Já si myslím, že bazální stimulace probíhá pořád a neustále. Kdykoliv k pacientovi přijdu. Asi bych řekla, že i každý dotek na pacientovi je součástí stimulace. No, čas někdy opravdu není. Někdy je potřeba pomoci kolegyním, třeba když se starají o pacienta, který je ve vážném stavu. Nebo pokud máme příjem. To není opravdu pak čas na nic jiného.“

Zhodnocení: Dle uvedených odpovědí sester je patrné, že většina z nich provádí bazální stimulaci u pacientů kontinuálně během celého dne při poskytování ošetrovatelské péče a při každém kontaktu s pacientem. Také jedna z dotazovaných uvedla, že pokud má být bazální stimulace dostatečně aplikována, měla by mít sestra na starosti pouze jednoho pacienta. Také bylo uvedeno, že pokud by nebyly sestry v hojné míře zatíženy sepisováním dokumentace a jinými administrativními povinnostmi, bylo by na provádění bazální stimulace více časových možností.

**Otázka 6: U pacientů s jakými diagnózami nejčastěji koncept bazální stimulace provádíte?**

Cílem této otázky bylo zjistit, jaké jsou nejčastější diagnózy pacientů, u kterých sestry bazální stimulaci provádějí.

**Sestra 1:** „U pacientů po neurochirurgických operacích mozku, u pacientů po úrazech hlavy, po operacích páteře a u starých pacientů.“

**Sestra 2:** „Řekla bych, že u pacientů po úrazech hlavy a po operacích mozku. A také pokud mají pacienti poruchy vědomí z jiných příčin“

**Sestra 3:** „Asi nejčastěji u pacientů s kraniotraumatem.“

**Sestra 4:** „U apalických syndromů a pak mě napadají třeba cévní mozkové příhody.“

**Sestra 5:** „U těch, kteří jsou po operacích mozku a páteře. Nebo u lidí, kteří jsou ve vigilním kómatu. A určitě ještě u starých pacientů.“

**Sestra 6:** „U pacientů s neurologickými diagnózami.“

**Sestra 7:** „Asi nejvíce u pacientů po prodělané cévní mozkové příhodě. Vím ale, že dobré výsledky to má i u nedonošených dětí například.“

**Sestra 8:** „Tak třeba u pacientů s kraniocerebrálním poraněním, nebo po iktech. A ještě s transversální lézí míšní.“

**Sestra 9:** „Nejvíce asi u pacientů s kraniocerebrálním poškozením.“

**Sestra 10:** „Tak určitě u pacientů v kómatu. Pak po poranění mozku, po operacích na mozku. A také u velmi starých pacientů.“

Zhodnocení: Dotazované sestry používají nejčastěji bazální stimulaci u pacientů po neurochirurgických operacích, u pacientů po úrazech mozku a páteře, u pacientů s poruchami vědomí a u pacientů s neurologickými diagnózami. Některé sestry také uvedly, že bazální stimulaci využívají u starých pacientů, u pacientů ve vigilním kómatu, u pacientů s transversální lézí míšní a po cévních mozkových příhodách. Jedna ze sester také uvedla, že dobrý vliv má aplikace bazální stimulace u nedonošených dětí.

#### **Otázka 7: Znáte pojem biografická anamnéza? Sepisoval/a jste ji někdy?**

Tato otázka se týká biografické anamnézy. Během rozhovoru jsem zjišťovala, jestli sestry znají tento pojem, jestli se u nich v praxi využívá a zdali ji někdy sepisovaly.

**Sestra 1:** „Ano, znám. Většinou příbuzným dáme předtištěnou verzi, kam sami doma v klidu, nebo za naší asistence na oddělení doplní potřebné údaje.“

**Sestra 2:** „Jistě, většinou to na oddělení vysvětlíme rodině a ti ji sepišou doma, kde na to mají klid.“

**Sestra 3:** „Pojem biografická anamnéza znám a na našem oddělení anamnézu využíváme. Přesto jsem ji ale nikdy nesepisovala. Vždy vysvětlím rodině od pacienta co to bazální stimulace je, předám jim letáček se základními informacemi a předám i anamnézu, kterou po vyspání doma nebo na oddělení s údaji předají nám.“

**Sestra 4:** „Ano, znám, sama jsem ji sice nesepisovala, ale na našem oddělení pro ni máme speciální formulář. Zahrnuje otázky ze života pacienta. Jaké má zvyky, co měl rád a co mu vadilo.“

**Sestra 5:** „Formulář k anamnéze znám a párkrát jsem ji vyplňoval. Lepší je ale podle mě způsob, kdy se formulář předá s vysvětlením rodině pacienta a ti si ji vyplní v klidu mimo oddělení, třeba doma a pak nám ho vrátí zpět.“

**Sestra 6:** „Myslím, že to má něco společného s těmi 3 stádii demence a 7 fázemi regrese? Ne? Já vlastně asi nevím. Nikdy jsem nic takového nesepisovala.“

**Sestra 7:** „Ano, znám. Týká se stadií demence a fází regrese. Nikdy jsem toto ale nesepisovala.“

**Sestra 8:** „Ano, ano. Máme pro toto vytvořený formulář na oddělení. Ale nesepisovala jsem ho nikdy bohužel.“

**Sestra 9:** „Neznám a nikdy jsem nesepisoval.“

**Sestra 10:** „Ano, anamnézu k bazální stimulaci znám. Sepisovala jsem ji jednou, možná dvakrát během své praxe.“

Zhodnocení: Z dotazovaných sester 7 odpovědělo, že pojem biografická anamnéza znají. Dvě sestry odpověděly nesprávně a jedna sestra nevěděla, co tento pojem znamená. Sestry, které pojem biografická anamnéza znají, uvedly, že ji na oddělení své praxe využívají a to nejčastěji tak, že nejprve rodinu seznámí s formulářem biografické anamnézy, vysvětlí rodině důvod sepsání, v čem je pro pacienta přínosná a poté je možné, aby si rodina pacienta sama v klidu doma anamnézu vyplnila.

**Otázka 8: Myslíte si, že provádění bazální stimulace má pro pacienta smysl? Jak mu podle Vás pomáhá a v čem?**

Cílem této otázky bylo zjistit, jaký mají dotazované sestry osobní pohled na smysl provádění bazální stimulace u pacientů. Ptala jsem se také na to, jak si sestry myslí, že bazální stimulace pacientům pomáhá.

**Sestra 1:** „No, záleží na diagnóze pacienta. Na ARO leží pacienti poměrně krátkou dobu a ošetřující personál leckdy pouze kvůli rodině vykonává bazální stimulaci.“

**Sestra 2:** „Podporuje a rozvíjí pacientovi vnímání. A slouží k nácviku soběstačnosti, bych také řekla. Určitě by postup ve zlepšování stavu pacienta byl pomalejší, kdyby se pacient nechal „jen tak“ a také význam má zapojení rodiny.“

**Sestra 3:** „Bazální stimulace pacientovi poskytuje větší individuálnější přístup v ošetrovatelské péči a důrazem na jeho zvyklosti ze všedního života a tím mu zlepšuje podmínky v již tak těžké životní situaci. Tohle určitě smysl má.“

**Sestra 4:** „Určitě to smysl má. My nevíme, co se pacientovi odehrává v hlavě, co cítí, takže pokud se mu snažíme malými gesty připomenout svět, na který byl zvyklý, jistě mu tím nijak neuškodíme.“

**Sestra 5:** „Samozřejmě, že toto smysl má. Ošetrovatelská péče jde stále dopředu a v dnešní době je to hlavně o tom, abychom k pacientovi přistupovali individuálně a byli kreativní.“

**Sestra 6:** „Jistě že má, stimulují se během bazální stimulace smyslové orgány a rekonvalescenci kognitivních funkcí.“

**Sestra 7:** „Ano, pomáhá. Pacienta určitě uklidní a napomáhá u rekonvalescence například po cévních mozkových příhodách.“

**Sestra 8:** „Myslím, že smysl má. Bohužel pro ARO je využívání někdy velmi komplikované. Z důvodu času a u nás kvůli nevůli lékařů. Pacient díky stimulaci ví, že komunikujeme přímo s ním, co s ním děláme, má možnost uvědomovat si hranice těla, mohou se mu vybavovat vzpomínky a je to také o důstojnosti, které se pacientovi dostává.“

**Sestra 9:** „Ano, smysl to má, ale nevím, jak bych to dál rozvedl a popsal.“

**Sestra 10:** „Smysl to samozřejmě má, ale vidím problém v kontinuitě. Pokud se s bazální stimulací u pacienta začne, tak by se měla dodržovat a dělat pravidelně. To bohužel v podmínkách na ARO někdy není možné.“

Zhodnocení: Z odpovědí dotazovaných sester je patrné, že v bazální stimulaci prováděné u pacientů smysl vidí. Často uváděli, že pacientům pomáhá v oblasti rekonvalescence, náviku soběstačnosti, rozvoji vnímání a k udržení důstojnosti. Některé ze sester odpověděly, že využívání bazální stimulace napomáhá v rozvoji kreativity a profesionality zdravotníků.

#### **Otázka 9: Zapojujete do bazální stimulace i členy rodiny pacientů? Jak například?**

Otázka číslo 9 byla zaměřena na začleňování rodin pacientů do provádění bazální stimulace. Ptala jsem se na konkrétní metody, které rodinní příslušníci nejčastěji provádějí z pohledu sester.

**Sestra 1:** „Ano, ne všichni z personálu, ale pokud mohu za sebe mluvit, tak ano. Vysvětlím jim koncept bazální stimulace, zapojujeme je do krmení, péči o kůži, provádíme ošetrovatelskou rehabilitaci. Rodina pacienta přinese jeho osobní věci a také zajistí návštěvu známých, nebo i kolegů pacienta.“

**Sestra 2:** „Ano, zapojuji, a to třeba do krmení, nechávám rodinu komunikovat s pacientem a výjimečně je zapojujeme do hygieny.“

**Sestra 3:** „No, hodně záleží na samotné rodině, jak moc se chtějí zapojit do péče o svého příbuzného a osvojení si bazální stimulace. Pak se individuálně domlouváme na tom, co se chtějí naučit a zapojujeme je do jednotlivých procesů, tak aby si mohli daný prvek osvojit a naučit se ho. Jedná se většinou na začátku o prvky nástavbové a až později, pokud rodina projeví opravdu velký zájem o základní prvky, kde dochází částečně i k narušování intimních zón pacienta.“

**Sestra 4:** „Pokud je to možné, tak rodinu zapojujeme vždy. Hlavně při sepisování biografické anamnézy.“

**Sestra 5:** „Snažíme se, pokud je to možné vzhledem ke stavu pacienta. Rodinu zapojujeme nejčastěji do toalety pacienta, necháváme rodinu třeba předčítat knížky pacientovi, nebo i noviny. Myslím, že pro pacienta je kontakt s rodinnou velmi důležitý, ať už je při vědomí, nebo není.“

**Sestra 6:** „Ano, zapojujeme nejbližší příbuzné pacienta. Vždy rodinu poučím, ukážu jim, jak mají stimulace provádět, a poté je nechám provádět toto samotné.“

**Sestra 7:** „Já rodinu nezapojuji.“ **A mohu se zeptat proč?** „No, víte, nepřijde mi to na oddělení resuscitace dost možné. Pracujeme hodně ve spěchu a nemáme čas na vysvětlování rodinám pacientů, jak se bazální stimulace provádí. Ale samozřejmě rodinné příslušníky necháváme u pacientů, jak dlouho chtějí.“

**Sestra 8:** „Ano, zapojujeme. Při vytváření biografické anamnézy, při polohování pacienta a také při hygieně.“

**Sestra 9:** „Snažíme se rodiny zapojovat. Nejbližší příbuzní mohou u pacienta provádět různé masáže, stimulaci smyslů, hygienu a také jim vyprávět a předčítat.“

**Sestra 10:** „Někdy rodinu zapojíme, někdy ne. Je velmi důležité, aby rodina bazální stimulaci chtěla používat a aby pacienta měli možnost pravidelně navštěvovat.“

Zhodnocení: Většina dotazovaných sester odpovědělo, že rodiny pacientů do bazální stimulace zapojují. Nejčastěji během provádění hygieny, během polohování, umožňují rodinám předčítat svému blízkému a krmit ho. Některé uvedly, že prospěšné pro pacienta je, když rodina přinese z domova jeho osobní věci a pomůcky využívané v běžném životě. Jedna ze sester odpověděla, že do bazální stimulace rodinu pacienta nezapojuje. Jako důvod uvedla, že to v podmínkách resuscitačního oddělení není možné.

**Otázka 10:** *Myslíte si, že vývoj a provádění bazální stimulace půjde vpřed, nebo že jde jen o moderní záležitost, kterou se postupně přestanou zdravotníci zabývat?*

Otázka číslo 10 zjišťovala, jaká je pohled sester na budoucnost konceptu bazální stimulace. Tázala jsem se, jestli mají pocit, že bazální stimulace půjde vpřed a jestli si myslí, že se postupně tato metoda z praxe vytratí.

**Sestra 1:** *„Myslím si, že vpřed jít může. Avšak celé je to limitováno časem zdravotnického personálu a vírou v tento koncept.“*

**Sestra 2:** *„Když na ni bude čas v rámci ošetrovatelské péči o pacienta – a nebo ještě lépe – budou vyčleněni pracovníci, kteří ji budou cíleně a konkrétně aplikovat, tak význam má a bude se rozvíjet. Pokud bude jen v rámci ošetrovatelské péče, tak záleží na zaneprázdněnosti ošetřující sestry.“*

**Sestra 3:** *„Nemyslím si, že bazální stimulace půjde vpřed. Je to jeden z modelů, který je v poslední době více vyzdvihován, ale má svoje opodstatnění. Určitě je přínosem i pro nové zdravotní sestry, které si potřebují teprve jednotlivé postupy osvojit a tento model jim slouží určitě jako pomůcka k dosažení svého přístupu v ošetrovatelské péči i s lepším přínosem pro pacienty.“*

**Sestra 4:** *„Já v této oblasti nejsem plně orientovaná, takže mi připadá, že momentálně platí pravidla pro bazální stimulaci, která jsou takto nastavena již dlouho. Ale osobně si myslím, že se bude dále dopředu vyvíjet. Nebo bude vymyšlena úplně nová metoda.“*

**Sestra 5:** *„Nevím, asi na tuhle otázku neumím odpovědět. Myslím, že celé je to postavené na ochotě ošetrujícího personálu. Stále budou sestry, které bazální stimulaci z principu nebudou provádět a sestry, které berou bazálku jako velikou součást péče o pacienta. Také si myslím, že zde hraje roli věk sestry. Spíše ji budou uplatňovat mladší a nově nastoupené, než sestry, které mají již x let odpracováno.“*

**Sestra 6:** *„Myslím, že se může dál rozvíjet. Ale problém vidím v nedostatku sester. Na bazální stimulaci by měl být na oddělení vyčleněn člověk, který se bude zabývat jen tímto a bude si tuto péči organizovat.“*

**Sestra 7:** *„Ano, podle mě půjde vpřed. Je to metoda, která pacientům výrazně pomáhá a ošetrujícímu personálu pomáhá se odborně uplatňovat. Je to hodně o kreativitě a empatii.“*

**Sestra 8:** *„Nevím, nejsem si tím zcela jistá vzhledem k situaci ve zdravotnictví. Je nedostatek sestřiček, celá oddělení se zavírají. Zdravotnický personál je otrávený a nejsem si jistá, jestli se jejich otrávení neprojeví i v péči o pacienty. Za sebe bych samozřejmě byla ráda, kdyby se bazální stimulaci uplatňovala více a kdyby to za nějakou dobu byl již standart.“*

**Sestra 9:** „Myslím si, že se bazální stimulace bude provádět časem i více. Ale hodně záleží na počtu ošetrujícího personálu. Pokud bude mít sestřička na ARU na starosti i třeba dva pacienty, tak je menší šance, že na provádění konceptu bude mít čas.“

**Sestra 10:** „Ano, myslím si, že si stále víc zdravotníků bude dodělávat kurzy bazální stimulace. Má to dobré uplatnění v rámci moderního přístupu v ošetrovatelské péči. Dříve pacienti v lůžku jen nehnutě leželi. Dnešní doba je už jiná a v zahraničí je jistě ještě napřed.“

Zhodnocení: Z odpovědí sester vyplývá, že dle jejich názoru využívání bazální stimulace půjde vpřed. Všechny ale uvedly, že vše záleží na zaneprázdněnosti zdravotnických pracovníků, na ochotě personálu a na také na počtu pracovníků. Některé by shledaly zlepšení díky zavedení funkce pracovníka, který by organizoval provádění bazální stimulace a byl přímo pro tuto činnost vyčleněn. Jedna ze sester také uvedla, že důležitá je samotná víra v tento koncept.

#### **Otázka 11: Zapojují se na vašem pracovišti do provádění bazální stimulace i fyzioterapeuti?**

Cílem této otázky bylo zjistit, v jaké míře se na odděleních zapojují fyzioterapeuti v péči s konceptem bazální stimulace.

**Sestra 1:** „Ano, zapojují, dle mého názoru je fyzioterapie součástí bazální stimulace.“

**Sestra 2:** „Jistě, považuji rehabilitaci za součást bazální stimulace.“

**Sestra 3:** „Ono záleží na jednotlivých pracovnících. Není to úplně pravidlem, že se zapojují, ale snaha je, to ano.“

**Sestra 4:** „Fyzioterapeuti dodržují třeba iniciální dotek a oslovení. Já jim u cvičení příliš neasistuji, pouze pokud pacienta posazujeme nebo postavujeme.“

**Sestra 5:** „Snaha ve většině případů je. Ale samozřejmě ne vždy je domluva kolektivu jednotná. U pacienta může viset cedulka s pokynem iniciálního doteku a oslovení, ale to jestli to všichni personál dodržuje je věc druhá. Ale musím říct, že zrovna od fyzioterapeutů bych toto čekal pokaždé. Přeci jen bazální stimulace by měla být velikou součástí fyzioterapeutické péče u pacienta.“

**Sestra 6:** „Ano, snaží se. Setkávám se i s tím, že se mě sám fyzioterapeut zeptá, jestli u pacienta provádíme bazální stimulaci a co má s pacientem procvičit a podobně.“

**Sestra 7:** „Já jsem tedy neviděla, že by s pacientem fyzioterapeuti prováděli bazální stimulaci. Je to spíš na nás, sestrách.“



**Sestra 8:** „Upřímně řečeno si toho nejsem moc vědoma. I když je pravda, že často vidám fyzioterapeuty provádět kontaktní dýchání s pacientem, nebo i pomocí vibrací. To si nás pak volají na odsátí pacienta. Ale že by asistovali u jiných metod, tak to ne. Ale myslím si, že to je škoda.“

**Sestra 9:** „Ano, většinou dělají vestibulární stimulaci, že pacientovi natáčejí hlavu a také provádějí vibrační kontaktní dýchání.“

**Sestra 10:** „Někdy ano, ale není to pravidlem. Myslím, že by velice pomohlo, kdy by na oddělení byla jedna sestra a jeden fyzioterapeut, kteří by měli pod palcem bazální stimulaci a pracovali by dohromady. Tvořili by takový tým pro bazálku. Jenže ono je toto těžké uskutečnit, když je málo sester a fyzioterapeutů v podstatě také.“

Zhodnocení: Většina sester uvedla, že se na jejich pracovišti fyzioterapeuti do bazální stimulace zapojují. Některé uvedly, že nepravidelně. Odpovídaly, že by byla potřeba větší zapálenost ze strany fyzioterapeutů a aby se více zapojovali během dne do této péče u pacienta. Jedna ze sester odpověděla, že by bylo ku prospěchu zavést tým, který by se skládal z jedné sestry a jednoho fyzioterapeuta a tento tým by kontinuálně prováděl bazální stimulaci u všech pacientů na oddělení, u kterých by tato péče byla vhodná.

**Otázka 12: Navrhl/a byste k provádění bazální stimulace v praxi nějaká zlepšení? Jak by se dala tato metoda lépe uplatnit? Napadá Vás ještě nějaká poznámka k bazální stimulaci na ARO?**

Poslední otázka měla dotazovaným sestrám umožnit prostor k vyjádření ohledně problematiky bazální stimulace v praxi. Ptala jsem se, jestli by měli nějakou ideu ke zlepšení situace a jaké by měly návrhy.

**Sestra 1:** „Určitě by pomohlo více zdravotnického personálu. Více ošetřovatelek na odděleních, více rehabilitačních sester a samozřejmě na ARU jedna sestra na jednoho pacienta. Každý by si měl podle mě bazální stimulaci v praxi sám vyzkoušet.“

**Sestra 2:** „Je to o počtu personálu. Samozřejmě více personálu a více času na pacienty. V pomůckách problém nevidím, stačí je jen dobře využít a to ani nemusejí být nijak speciální.“

**Sestra 3:** „Pomohlo by více možností v úpravě prostředí, třeba barevnější povlečení, nástěnky a jiné pomůcky. Stále se používají stávající dostupné pomůcky a na estetiku se moc nedbá. Popřípadě by pomohla koordinátorka pro tato oddělení v rámci bazální stimulace. Na oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče by pomohlo více pomocného personálu, který by byl sestře nápomocen.“

**Sestra 4:** „Já bych určitě ráda prošla školením ohledně bazální stimulace. Myslím, že by se měl klást větší důraz na proškolení personálu v této metodě.“

**Sestra 5:** „Nejvíce by podle mě pomohlo, kdyby se na oddělení nabíralo více ošetřovatelek, které by byly sestrám k ruce. Po sanitárovi toto nikdo nemůže chtít. A jak už jsem zmínil, tak by pomohlo, kdyby na bazální stimulaci byl pověřen tým. Sestra a fyzioterapeut, kteří by neměli jednoho svého pacienta na starost, ale poskytovali by kontinuální bazální péči u všech pacientů na ARO a byli by proškoleni v tom, jak mají o této metodě komunikovat s rodinami a jak jim vysvětlit průběh a jak oni sami mohou svému příbuznému pomoci.“

**Sestra 6:** „Dle mého názoru by pomohlo, kdyby bazální stimulace byla zavedena do standardů a aby se používala povinně.“

**Sestra 7:** „Nevím, opravdu. Snad by pomohlo více personálu. Ale to je v tuto chvíli nemožné.“

**Sestra 8:** „Myslím si, že by bylo potřeba o bazální stimulaci učit studenty již na středních zdravotnických školách. Je potřeba, aby se tato metoda vryla pod kůži mladým lidem, kteří ji budou do budoucna v praxi uplatňovat. Bazální metoda je v Německu, Rakousku a jiných zemích zcela běžná. U nás je problém s počtem personálu a potažmo se vším. Většina nespokojených pracovníků nebude provádět péči nad rámec svých povinností. Ale samozřejmě jsou výjimky.“

**Sestra 9:** „Nenapadají mě žádná zlepšení, snad jen, aby byly kurzy bazální stimulace více rozšířené mezi sestrami na ARO.“

**Sestra 10:** „Určitě by pomohlo, kdyby byl kurz bazální stimulace více požadován vedením. Ale samozřejmě by byl také nemocnicí zprostředkován a umožněno volno na absolvování tohoto kurzu.“

Zhodnocení: Z odpovědí je patrné, že dotazované sestry nad touto problematikou přemýšlejí a dle mého názoru některé jejich návrhy by byly pro praxi jistě přínosné. Například návrh, že by bylo vhodné vyčlenit tzv. koordinátora pro bazální péči, který by se na oddělení touto problematikou zabýval. Více sester uvádělo, že by bylo potřeba více zdravotnických pracovníků, více ošetřovatelek na oddělení, jedna sestra na jednoho pacienta a větší proškolení zdravotníků. Uvítaly by také častější pořádání kurzů bazální stimulace na pracovišti a poskytnuté volno na absolvování kurzů. Jedna ze sester odpověděla, že by bylo vhodné upravit prostředí resuscitačních oddělení. Jako příklad uvedla barevné povlečení a nástěnky.

Během zpracovávání diplomové práce jsem se rozhodla, že oslovím ředitelku a jednatelku společnosti INSTITUT Bazální stimulace® s.r.o. paní doktorku Karolínu Friedlovou, která je také certifikovaným lektorem konceptu Bazální stimulace s mezinárodní licencí a supervizorem. Obrátila jsem se na paní doktorku s prosbou, zda by mi přes elektronickou poštu nezodpověděla několik otázek týkající se problematiky bazální stimulace na ARO. Paní doktorka Friedlová byla velice ochotná a několik mých dotazů zodpověděla.

### **1. Jaké techniky bazální stimulace se podle Vás na anesteziologicko-resuscitačních odděleních používají nejvíce? S jakými pomůckami?**

**PhDr. Karolína Friedlová:** *„Výsledky ze supervizí – odborných auditů – oddělení intenzivní péče a ARO v České a Slovenské republice za období 2006–2016 prokázaly, že nejvíce jsou využívány prvky somatických a vestibulárních stimulací.*

*Z prvků somatických nabídek jde o: zklidňující nebo povzbuzující somatické stimulace, masáž stimulující dýchání a polohování hnízdo, mumie a mikro polohování. K polohování jsou používány srolované přikrývky nebo zakoupené perličkové polohovací pomůcky.*

*Z prvků vestibulárních stimulací jsou nejvíce používány jemné pohyby hlavou klienta v lůžku a technika ovesného klasu. (Zdroj: Registr a archiv INSTITUTu Bazální stimulace. Protokoly o supervizích a grafické zpracování dotazníků k supervizi vyplněné zaměstnanci supervidovaných pracovišť).“*

### **2. U pacientů s jakými diagnózami na ARO bychom měli bazální stimulaci provádět?**

**PhDr. Karolína Friedlová:** *„Především u pacientů dlouhodobě imobilních, neboť u nich dochází ke změně vnímání tělesného schématu. Další cílovou skupinou jsou pacienti s neuromusculárními deficity (po mozkolebečních traumatech, CMP, zánětlivých a nádorových onemocnění mozku, aj.). Dále u pacientů se změnou vědomí. Dále u dlouhodobě ventilovaných a imobilních, jako profylaktickou ošetrovatelskou péči s cílem eliminovat následky dlouhodobé imobilizace a UPV. U pacientů v coma vigile.“*

### **3. Kolik času bychom měli bazální stimulaci věnovat? (Sama vím, že by mělo jít o kontinuální proces, ale je problém v praxi, že ne všichni personál bazální stimulaci provádí a tato péče není jednotná)**

**PhDr. Karolína Friedlová:** *„Dle možností (časových a personálních) personálu. Prvky somatické stimulace jsou strukturovány tak, aby byly integrovatelné do základní ošetrovatelské péče. Tedy lze provádět denně v rámci toalety pacienta, v péči o pokožku (krémování), v rámci dechové gymnastiky a polohování. Nezatěžuje tedy personál časově.“*

#### **4. Jak podle Vás bazální stimulace pacientům na ARO pomáhá?**

**PhDr. Karolína Friedlová:** „Podporuje vnímání a hybnost pacientů. Eliminuje následky dlouhodobé imobility. Zlepšuje navázání komunikace mezi personálem a pacientem a zvyšuje kvalitu poskytované péče.

*Jde o péči výrazně terapeutickou, ale také empatickou. Podporuje integraci příbuzných pacienta do péče, umožňuje tak příbuzným eliminovat stres a bezmocnost. Podporuje psychiku příbuzných.“*

#### **5. Jaký má podle Vás význam zapojování rodiny pacienta do bazální stimulace?**

**PhDr. Karolína Friedlová:** „Velký. Rodina může svou integrací do péče výrazně podpořit stimulaci vnímání pacienta, jeho emoční stav a také motivaci. Integrace rodiny do péče znamená také pracovat s individualitou pacienta na základě biografické anamnézy poskytnuté rodinou. Rodina je také vhodným prostředníkem mezi pacientem (je-li v bezvědomí) a poskytovatelem péče. Rodina může obstarat mnoho předmětů a pomůcek z biografie pacienta, které jsou pak integrovány do individuální stimulující péče.“

#### **6. V některé z Vaší publikace jsem se dočetla, že mimo ČR na zahraničních klinikách je běžné, že oddělení má svého supervizora, který se stará o realizaci bazální stimulace. Vidíte nějaké možnosti, jak by se dalo toto zavést i v českých nemocnicích a zdravotnických zařízeních?**

**PhDr. Karolína Friedlová:** „Připravuji ve spolupráci s Mezinárodní asociací Bazální stimulace dvouletý vzdělávací program pro certifikované lektory pro Českou a Slovenskou republiku. Pak se u nás situace přiblíží situaci v zahraničí.“

#### **7. Máte nějaká doporučení, postřehy, které se týkají bazální stimulace na ARO? S ohledem na náročnost práce na těchto odděleních (nedostatek personálu apod.)**

**PhDr. Karolína Friedlová:** „Postřehů je mnoho, jsou zaznamenány v protokolech o supervizích – odborných auditech ARO v České a Slovenské republice. (Zdroj: Registr a archiv INSTITUTu Bazální stimulace. Protokoly o supervizích a grafické zpracování dotazníků k supervizi vyplněné zaměstnanci supervidovaných pracovišť.)“

## 11. Diskuze a doporučení pro praxi

O možnostech a technikách bazální stimulace se studenti zdravotnických oborů mohou dozvědět během přednášek na vysokých školách, ale i na středních a vyšších odborných školách zdravotnických. Nicméně realizace bazální stimulace v praxi bývá mnohdy složitá a to nejen z omezených časových možností zdravotnických zaměstnanců, ale i kvůli nedostatku personálu. Cílem této diplomové práce bylo zjistit přímo od všeobecných sester, které pracují na resuscitačních odděleních, jak bazální stimulaci aplikují v praxi, v čem vidí nedostatky a co by doporučily pro zlepšení a změnu. Díky osobnímu rozhovoru se sestrami se mi naskytl nový pohled na tuto problematiku. Během přednášek o bazální stimulaci v rámci předmětu rehabilitační lékařství na vysoké škole jsem si říkala, že jde přeci o jednoduchou záležitost a myslela jsem si, že provádění přímo na oddělení u pacienta nemůže být složité. Opravdu není potřeba mít velké množství pomůcek a okolo lůžka pacienta veliký prostor. Ale hlubší pohled do praxe na resuscitačních odděleních mi poskytl informace o jiných problémech, které se týkají provádění tohoto konceptu u pacientů. Po prostudování a naposlouchání rozhovorů se sestrami pro mě vyplynulo několik zajímavých sdělení. Velice příjemné překvapení pro mě bylo, že všechny sestry na otázku, jestli u pacientů bazální stimulaci provádějí, odpověděly pozitivně. Samozřejmě zároveň odpovídaly, že bazální stimulaci provádějí s ohledem na pacientův stav. Ale častou odpovědí sester bylo také dle časových možností. Na resuscitačních odděleních mohou vzniknout situace, během kterých se zdravotnický personál do konce směny nezastaví. Pokud je přijímán pacient ve vážném stavu, vyžaduje to přítomnost většinou minimálně tří sester. V tu chvíli se zbytek sester ve směně stará o své pacienty a navíc i o pacienty, o které se starají sestry, které jsou právě u příjmu. Během tohoto musí sestra zvládat péči o pacienta, zapisování informací o pacientovi do zdravotnické dokumentace a plnit ordinace lékaře. Během těchto nezbytných činností už na bazální stimulaci většinou nezbyvá čas. Někdy nastane situace, kdy má jedna sestra na starosti dva pacienty. Na standartních odděleních se jedna sestra mnohdy stará o polovinu hospitalizovaných pacientů. Na resuscitačním oddělení jsou již dva pacienti na jednu sestru mnoho. Veliký problém zde vidím v nedostatku personálu, který se bude jistě do budoucna prohlubovat. Jak dotazované sestry uváděly, velice by pomohlo, kdyby na resuscitačních odděleních pracovalo více ošetřovatelek a pomocného personálu. Sestry se shodovaly také v odpovědi, že by zlepšení viděly v zavedení funkce koordinátorky pro bazální stimulaci. Mimochodem toto je v zahraničí již zcela běžné. Pokud by bylo možné, že by pro provádění bazální stimulace mohl být vyčleněn určitý tým, jistě by to sestrám hodně ulehčilo. Tento tým by například mohl být složen ze všeobecné sestry a fyzioterapeuta a tento tým by kontinuálně prováděl bazální stimulaci u těch pacientů, u kterých by to na odděleních resuscitace bylo možné. Důraz by byl samozřejmě kladen na již zmiňovanou kontinuitu procesu. Pokud se u pacienta s bazální stimulací začne, měla by pokračovat po celou jeho hospitalizaci. Protože některé sestry odpovídaly, že je demotivující, pokud ony bazální stimulaci u svého

pacienta provádějí a pak zjistí, že po vystřídání ve směně jejich kolegyně s bazální stimulací nepokračují. Je to ale leckdy pochopitelné. Sestry nemají čas nebo pro tuto problematiku nejsou zapálené. Pokud by byl určen a vyškolen pracovník, který by byl pro tuto problematiku na oddělení vyčleněný, mohlo by to zkvalitnit celý proces ošetrovatelské péče. Dle doktorky Karolíny Friedlové se plánuje otevření dvouletého oboru, který by tyto pracovníky vzdělával. Pak by se situace v českých zdravotnických zařízeních mohla přiblížit těm zahraničním. V otázce o absolvování kurzu bazální stimulace mě překvapilo, že většina sester tento kurz navštívila. A to nejen základní, ale i nástavbový a prohlubující kurz. Nicméně dotazované sestry by uvítaly častější pořádání kurzů přímo v místě jejich zaměstnání a větší motivaci ze strany nadřízených. Další motivací při přihlašování do kurzů bazální stimulace by sestry viděly i nabídku v udělení pracovního volna na absolvování tohoto kurzu. Velice přínosné by jistě bylo také více přednášek na toto téma na zdravotnických školách. Jistě je třeba informace o tomto konceptu a o možnostech této péče o pacienta poskytovat již studentům na středních zdravotnických školách. Protože nově nastoupení mladí zaměstnanci jsou jistě velice motivováni do poskytování empatické a individuální ošetrovatelské péče. Nehledě na to, že provádění bazální stimulace u pacienta jim poskytuje projev svou profesionalitu a kreativitu. Ráda bych v poslední řadě uvedla odpověď jedné ze sester, která řekla, že by zlepšením jistě bylo zavedení konceptu bazální stimulace do ošetrovatelských standardů českých nemocnic. Sestry, které pracují na resuscitačních odděleních, jsou velice kvalifikované a odborně vzdělané. Nejen že musejí na každé směně čelit veliké psychické a fyzické zátěži, ale musejí také zvládat vysoce odbornou ošetrovatelskou péči a asistují lékaři při vykonávání odborných vyšetření. Sestry na ARO jsou schopné z pozorování pacienta a změn na fyziologických křivkách z monitoru rozpoznat nepatrné změny pacientova stavu. Komplexnost tohoto vysoce odborného ošetrovatelského procesu ale vidím i v nabídnutí individuálnější péče o každého pacienta a poskytnutí péče dotekem, který bazální stimulace nabízí. Protože jak uvádějí definice charakterizující ošetrovatelství, práce a péče sestry je poskytována hlavou, srdcem a rukama.

## **Závěr**

Diplomová práce na téma „Koncept bazální stimulace z pohledu sester pracujících na anesteziologicko-resuscitačních odděleních“ má čtenáře blíže seznámit s úskalím v provádění bazální stimulace v praxi na ARO. Myslím si, že díky odpovědím a postřehům od dotazovaných sester je možné se v této problematice lépe zorientovat a podněty společně s doporučeními, které vyplývají ze závěrečné diskuze, budou jistě cenné a přínosné. Díky zpracovávání závěrečné diplomové práce mi bylo umožněno více nahlédnout do problematiky bazální stimulace a seznámit se alespoň z části s reálnou situací, kterou sestry na resuscitačních odděleních řeší každý den.

## Seznam použité literatury

1. ACKERMANN, K. *Sonderpädagogische Erfindungskraft als Medium der Wiederentdeckung der Bildsamkeit. Zum physiologischen Ansatz einer „Pädagogik bei schwerster Behinderung“*. In: Ulrike MIETZNER / Heinz-Elmar TENORTH / Nicole WELTER (Hrsg.): 2007, *Pädagogische Anthropologie – Mechanismus einer Praxis*. (Zeitschrift für Pädagogik, 52. Beiheft). Weinheim / Basel: Beltz, S. 155–170. AG
2. AMBLER, Z. *Základy neurologie*. 7. vydání. Praha: Galén, 2011. 351 s. ISBN 978-80-7262-794-3.
3. ANA Committee on Ethical Affairs 1993. *Persistent vegetative state: Report of the American Neurological Association Committee on Ethical Affairs*. *Ann Neurol* 1993; 33: 386–390.
4. ARMSTRONG, M. *Řízení lidských zdrojů*. Praha: Grada Publishing, 2002. 856 s. ISBN 80-247-0469-2.
5. BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. 185 s. ISBN 80-7013-416.
6. Bazální stimulace. Bazální stimulace. [online]. 2011 [cit. 2016-03-01]. Dostupné z: <http://www.bazalnistimulace.cz/>.
7. BIENSTEIN, CH., FRÖHLICH, A. *Basale Stimulation in der Pflege, die Grundlagen*. Leipzig: Kallmeyersche Verlagsbuchhaltung GmbH, 2003, 256 s. ISBN 378004001-8.
8. BROŽEK, V., ŠMEJKAL, V.: *Základy patofysiologie nervového systému*. Univerzita Karlova, 2. LF UK. Praha 1995.
9. BUCHHOLZ, T., Schürenberg, A. *Lebensbegleitung alter Menschen. Basale Stimulation in der Pflege alter Menschen*. Bern: Hans Huber Verlag, 2005, 285 s.
10. CRESWELL, J. W.: *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand oaks: Sage Publications. 1998.
11. ČUTKOVÁ, H. *Vznik, význam a jednotlivé prvky bazální stimulace v ošetrovatelství*. Jihlava, 2011. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra zdravotnických studií. Vedoucí práce PhDr. Kateřina Emmerová. 55 s.
12. DOLEŽIL, D, CARBOLOVÁ, K. *Vegetativní stav (apalický syndrom)*. *Neurologie pro praxi*. 2007, roč. 2007, vol. 1, s. 28–31.



13. FIALA, P., VALENTA, J., EBERLOVÁ, L. *Stručná anatomie člověka*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2693-2.
14. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství 1. a 2. díl*. Frýdek-Místek: Institut Bazální stimulace, 2005, 100 s.
15. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v práci sestry*. Sestra, 2003, roč. 13, č. 1, s. 14–16. ISSN 1210-0404.
16. FRIEDLOVÁ, K. *Podpora vnímání a komunikace s pacienty prostřednictvím konceptu bazální stimulace ve výuce a ošetrovatelské praxi*. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. 118 s. 2005.
17. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v ošetrovatelské a pedagogické praxi*, Sborník příspěvků Historicky III. mezinárodního kongresu Bazální stimulace. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, 2009. 70 s. ISBN 978-80-254-5815-0.
18. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace*. In kolektiv autorů. *Pečovatelská služba v České republice*. 1. vydání. Tábor, APSS ČR, 2010. ISBN 978-80-904668-0-7.
19. FRIEDLOVÁ, K., *Bazální stimulace*. Skriptum pro akreditovaný vzdělávací program Základní kurz bazální stimulace. Základní modul I. 9. vydání. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, s.r.o., 2010. 30 s.
20. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v ošetrovatelské a pedagogické praxi: Sborník příspěvků, historicky III. mezinárodního kongresu bazální stimulace*. Vydání. 1. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwächter, 2009. 70 s. ISBN 978-80-254-5815-0.
21. FRIEDLOVÁ, K. *Skriptum pro základní kurz bazální stimulace v ošetrovatelské péči*. Vydání. 9. Frýdek-Místek: Tiskárna Kleinwachter, 2010. s. 31.
22. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vydání. 1. Praha: Grada, 2007, 168 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-1314-4.
23. FRÖHLICH, A. *Basale Stimulation. Das Konzept*. Verlag Selbstbestimmtes Leben, Düsseldorf 1998, 317 s. ISBN 3-910095-31-3.
24. GULÁŠOVÁ, I. *Vybrané kapitoly z manažmentu v ošetrovatel'stve. II. diel*. Trenčín, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka, Ústav zdravotníctva a ošetrovatel'stva 2006, 102 s.
25. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vydání. Praha: Portál, 2008. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

26. HOWARD, S., MILLER, D. The persistent vegetative state: Information on prognosis allows decisions to be made on management. In: *BMJ: British Medical Journal* [online]. 1995, vol. 310, no. 6976, s. 341–342 [cit. 2016-02-29]. ISSN 0959-8138. Dostupné: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2548755/pdf/bmj00579-0005.pdf>.
27. JADLOVCOVÁ, L. *Bazální stimulace v teorii a pedagogické praxi*. Olomouc, 2009. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravotní vědy. Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Jitka Tomanová, Ph.D.
28. KITTNAR, O. *Lékařská fyziologie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 800 s. ISBN 978-80-247-3068-4.
29. KLIČKOVÁ, H. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči u nemocného na anesteziologicko resuscitačním oddělení*. Brno, 2007. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra ošetrovatelství. Vedoucí práce Mgr. Petra Juřeníková. 91 s.
30. KOLEKTIV AUTORŮ. *Bazální stimulace v ošetrovatelské a pedagogické praxi*. 1. vydání. Frýdek-Místek: INSTITUT Bazální stimulace, s.r.o., 2009. 70 s. ISBN 978-80-254-5815-0.
31. LIPPERTOVÁ-GRÜNEROVÁ, M. *Trauma mozku a jeho rehabilitace*. Praha: Galén, 2009. vii, 148 s. ISBN 978-807-2625-697.
32. LIŠKOVÁ, M. *Bazální stimulace v praxi*. Brno, 2007. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, Lékařská fakulta. Vedoucí práce PhDr. Jana Hocková. 122 s.
33. MACH, M. *Využití konceptu Bazální stimulace u lidí s těžkou formou mentálního a kombinovaného postižení*. Čelákovice, 2014. Absolventská práce. Vyšší odborná škola, střední škola, jazyková škola s právem státní jazykové zkoušky a základní škola MILLS, s.r.o. Vedoucí práce PhDr. Martina Muknšnáblova.
34. MAZÁNEK, J. *Stomatologie pro dentální hygienistky a zubní instrumentářky*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4865-8.
35. MERKUNOVÁ, A., OREL, M. *Anatomie a fyziologie člověka pro humanitní obory*. Vydání. 1. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1521-6.
36. MONTAGU, A., *Körperkontakt. Die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen*. Stuttgart: Klett-Cotta, 265 s. 2000.
37. Multi-Society Task Force on PVS. *Medical aspect of the persistent vegetative state (first of two parts)*. N Engl J Med 1994; 330: 1499–1508 s.

38. Multi-Society Task Force on PVS. *Medical aspect of the persistent vegetative state (second of two parts)*. N Engl J Med 1994; 330: 1572–1579.
39. MUMENTHALER, M., MATTLE, H. *Neurology*. 4<sup>th</sup> rev. edition. Stuttgart: Thieme, 2004. 992 s.
40. NOVOTNÁ, L., HŘÍCHOVÁ, M., MIŇHOVÁ, J. *Vývojová psychologie*. 4. vydání. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2012. 82 s. ISBN 978-80-261-0115-4.
41. NOVOTNÁ, L. *Bazální stimulace*. Hradec Králové, 2008. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství. Vedoucí práce Mgr. Michaela Schneiderová, PhDr. Mariana Bažantová. 111 s.
42. PICKENHEIN, L. *Basale Stimulation – Neurowissenschaftliche Grundlagen*. Düsseldorf: Verlag selbstbestimmtes Leben. 149 s. 2000.
43. PROCHÁZKOVÁ, L. *Využití kompetenčních modelů při řízení lidských zdrojů*. Brno, 2007. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Ekonomicko-správní fakulta. Katedra podnikového hospodářství, s. 40–41.
44. ROKYTA, R. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. 1. vydání. Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-4867-2.
45. SÁVELJEV, I., V. *Velká kniha léčení*. 1. vydání. Praha: Grada, 2014. Inicie. ISBN 978-80-247-4785-9.
46. SEDLÁŘOVÁ, P., a kol., *Základní ošetrovatelská péče v pediatrii*. 1. vydání. Praha: Grada, 2008. 248 s. ISBN 978-80-247-1613-8.
47. SEIDL, Z. *Neurologie pro studium i praxi*. 2., přeprac. a dopl. vydání. Praha: Grada, 2015. 384 s. ISBN 978-80-247-5247-1.
48. SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK J. *Paliativní medicína pro praxi*. 2., nezměněn. vydání. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-849-0.
49. SYŘENOVÁ, R. *Využití bazální stimulace u geriatrických pacientů*. Zlín, 2009. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Anna Krátká.
50. TROJAN, S. *Lékařská fyziologie*. Vydání 4., přeprac. a dopl. Praha: Grada, 2003. 771 s. ISBN 80-247-0512-5.
51. *Unterlagen für die Weiterbildung Praxisbegleiter/ in der Pflege*. Wien: Landes Akademie, Abteilung für Weiterbildung, 2003.

52. VÁCLAVKOVÁ, A. *Využití bazální stimulace v praxi*. Pardubice, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Marie Holubová. 69 s.
53. WordPress [online], 2015 [cit. 2016-02-06].  
Dostupné z: <http://www.xn--andreas-frhlich-itb.eu/>.
54. *World Psychiatric Association International Congress 2012: abstracts: focusing on access, quality and humane care: Prague Congress Center, Czech Republic, October 17–21, 2012*. Praha: Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, 2012. ISBN 978-80-260-5956-1.
55. Wwww.dbfk.de [online]. Berlin: DBfK – German Nurses Association, 2014 [cit. 2016-02-06].  
Dostupné z:  
<http://www.dbfk.de/media/docs/presse/vita/Vita-Bienstein-Christel-2012.pdf>

## **Seznam zkratk**

AJ	a jiné
ARO	anesteziologicko-resuscitační oddělení
ATD	a tak dále
EKG	elektrokardiogram
NAPŘ	například

## **Seznam obrázků a tabulek**

Obrázek 1. Maslowova hierarchie potřeb ..... 14

Tabulka 1. Základní údaje o respondentech .....44

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Žádost o povolení výzkumného šetření v Ústřední vojenské nemocnici (Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF UK)

Příloha č. 2: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady (Klinika anesteziologie a resuscitace)

Příloha č. 3: Formulář biografické anamnézy (Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF UK ÚVN)

Příloha č. 4: Formulář biografické anamnézy (Klinika anesteziologie a resuscitace FNKV)

Příloha č. 5: Prohlášení zájemce o nahlédnutí

**Příloha č. 1: Žádost o povolení výzkumného šetření v Ústřední vojenské nemocnici  
(Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF UK)**

Bc. Pavlína Kycitová

Kamenická 6, Praha 7, 170 00

Pavlina.Kycitova@seznam.cz

**Věc: Žádost o provedení výzkumného šetření**

Vážená paní magistro,

obracím se na Vás s prosbou o povolení výzkumného šetření. Jsem studentka navazujícího magisterského studia oboru Ošetřovatelství v anesteziologické, resuscitační a intenzivní péči na 1. lékařské fakultě UK. Tématem mé závěrečné diplomové práce je Koncept bazální stimulace z pohledu sester pracujících na anesteziologicko-resuscitačním oddělení. Během přednášek z rehabilitačního lékařství na 1. LF jsem slyšela mnoho chvály právě na oddělení anesteziologie a resuscitace v ÚVN, proto se na Vás obracím. Výzkum by proběhl formou polo-strukturovaného rozhovoru s několika sestrami. Rozhovor by byl zaměřen na problematiku bazální stimulace, jejich zkušenostmi s tímto konceptem a využitím tohoto konceptu v praxi na ARO. Výzkum bych ráda provedla na lůžkovém resuscitačním oddělení ICU A a ICU B, KARIM ÚVN. Vrchní sestru Mgr. Kocourkovou jsem již kontaktovala a dostala jsem od ní předběžný souhlas.

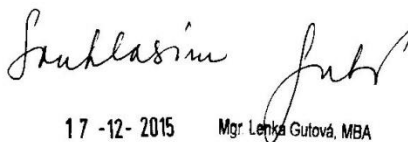
Předem děkuji za Vaši odpověď.

S pozdravem,

Bc. Pavlína Kycitová



*V Praze dne 7. 12. 2015*



17 -12- 2015

Mgr. Lenka Gutová, MBA



**Příloha č. 2: Žádost o povolení výzkumného šetření ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady (Klinika anesteziologie a resuscitace)**



**1. Lékařská fakulta Univerzita Karlova v Praze  
Ošetrovatelství v anesteziologické, resuscitační a intenzivní péči**

V Praze dne 22. 2. 2016

Úsek ošetrovatelské péče FNKV  
Náměstkyně - PhDr. Libuše Gavlasová, MBA

Vážená paní náměstkyně,

ráda bych Vás požádala o povolení provést výzkumné šetření v rámci mé diplomové práce na téma: Koncept bazální stimulace z pohledu sester pracujících na anesteziologicko – resuscitačních odděleních. Výzkumné šetření bych ve FNKV ráda uskutečnila formou strukturovaného rozhovoru u Všeobecných sester Kliniky anesteziologie a resuscitace FNKV.

Cílem mé diplomové práce je získání informací o uplatnění a využívání Konceptu BS na resuscitačních pracovištích.

S poděkováním

Bc. Pavlína Kycltová

Vyjádření vrchní sestry KAR FNKV:

Mgr. Ivana Franková  
vrchní sestra  
FNKV KAR

Vyjádření NOŠP:

*Souhlasím a předem vyjádřuji  
schůzku!*  
FAKULTNÍ NEMOCNICE  
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY  
SROBAROVA 50, 100 34 PRAHA 10  
NÁMĚSTKYNĚ OŠETROVATELSKOU PÉČI

PhDr. Libuše Gavlasová, MBA

25. 02. 2016

**Příloha č. 3: Formulář biografické anamnézy (Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF UK ÚVN)**

Příjmení:.....

Jméno:.....

R.č.:.....



**ÚVN**  
ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE  
PRAHA

list č.:.....

**Realizace Bazální stimulace**

Datum		CD	N	CD	N	CD	N	CD	N	CD	N	CD	N	CD	N
<b>KOUPELE</b>	Koupel zklidňující														
	Koupel osvěžující														
	Celková bazálně stimulující														
<b>POLOHOVÁNÍ</b>	Mumie														
	Hnízdo														
	Mikropolohování														
<b>MASÁŽE</b>	Masáž stimulující dýchání														
	Kontaktní dýchání - prosté														
	Kontaktní dýchání - vibrační														
<b>VESTIBULÁRNÍ ST.</b>	Změna polohy hlavy														
	Změna polohy lůžka														
	Sed na lůžku														
	Sed v křesle														
	Houpací pohyby														
	Houpačka														
	Ovesný klas														
<b>VIBRAČNÍ ST.</b>	Hlas														
	Vyklepávání														
	Manuální														
	Přístroj														
<b>OPTICKÁ ST.</b>	Brýle														
	Fixace pohledem														
	Fotky														
	Obrázky														
<b>AUDITIVNÍ ST.</b>	Hudba														
	Čtení														
	Rozhovor														
<b>TAKTILNĚ-HAPTICKÁ ST.</b>	Hmat - známé předměty														
	Ručník														
	Žínka														
	Kartáček na zuby														
	Lžice														
	PODPIS SESTRY														

036/10 WP

**ÚVN**ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE  
PRAHA

Příjmení:.....

Jméno:.....

R.č.:.....

**Realizace Bazální stimulace**

list č.:.....

Datum															
Směna		CD	N	CD	N	CD	N	CD	N	CD	N	CD	N	CD	N
KOUPELE	Koupeľ zklidňující														
	Koupeľ osvěžující														
	Celková bazálně stimulující														
POLOHOVÁNÍ	Mumie														
	Hnízdo														
	Mikropohovávání														
MASÁŽE	Masáž stimulující dýchání														
	Kontaktní dýchání - prosté														
	Kontaktní dýchání - vibrační														
VESTIBULÁRNÍ ST.	Změna polohy hlavy														
	Změna polohy lůžka														
	Sed na lůžku														
	Sed v křesle														
	Houpací pohyby														
	Houpačka														
	Ovesný klas														
VIBRAČNÍ ST.	Hlas														
	Vyklepávání														
	Manuální														
	Přístroj														
OPTICKÁ ST.	Brýle														
	Fixace pohledem														
	Fotky														
	Obrázky														
AUDITIVNÍ ST.	Hudba														
	Čtení														
	Rozhovor														
TAKTILNĚ- HAPTICKÁ ST.	Hmat - známé předměty														
	Ručník														
	Žínka														
	Kartáček na zuby														
	Lžice														
	PODPIS SESTRY														



## Plán péče dle konceptu Bazální stimulace

Příjmení:.....

Jméno:.....

R.č.:.....

### 1) Pozorování *(souhrn)*

Aktivita	Vnímání:
	Komunikace:
	Pohyb:
	Sociální interakce:
	Tělesné funkce/ struktura:
Okolní faktory	

**Shrnutí:**

**Cíl:**



Podpora vnímání	
Podpora pohybu	
Podpora komunikace	

Poznámky:

Zpracoval:

Datum:



**ΠΝ**

ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE  
PRAHA

# Biografická anamnéza

<u>Oslovení:</u> (jaké oslovení by měl používat ošetřující personál)	<u>Sociální situace:</u> (pokud důchodce, jaké bylo dřívější zaměstnání)
<u>Bydlení:</u>	<u>Rodinné vztahy</u> (děti, vnoučata, pokud chcete, můžete uvést vazby):
<u>Návštěvy</u> (uveďte, kdo může pacienta navštěvovat):	
<u>Vnímání:</u> Sluch (popř. kompenzační pomůcky):	Zrak (brýle, kontaktní čočky,...):
<u>Rytmus dne:</u> Kdy vstává: Kdy usíná: Spánek během dne: Pravidelné aktivity(sport,...):	<u>Prostředí:</u> Teplo: Osvětlení: Hluk:
<u>Dominance:</u>  pravák levák	<u>Charakteristika pacienta</u> (extrovert, introvert,...):
<u>Doteky</u> Které pacient upřednostňuje:	Které pacient nemá rád:

<u>Spánek:</u> <u>Kvalita:</u> <u>Délka:</u> Zvyklostí( např. přikrývání,...): <u>Poloha:</u> Teplota v místnosti:	<u>Materiály, které pacient upřednostňuje:</u> (přírodní, látky,...)
<u>Hygiena:</u> Teplota vody: Denní doba: Oblíbená kosmetika:	<u>Vůně:</u> Oblíbené: Neoblíbené: Přirozené (např. v pracovním prostředí):
<u>Zvuky:</u> Oblíbená hudba: Přirozené(např. pracovní prostředí):	<u>Relaxační činnosti</u> (při jaké činnosti se pacient uvolní):
<u>Jídlo:</u> Oblíbené (uveďte i teplotu, popř. denní dobu):	Neoblíbené:
<u>Pití:</u> Oblíbené	Neoblíbené:
<u>Jak pacient snáší obvykle bolest:</u>	<u>Silný zážitek z poslední doby:</u>
<u>Ostatní sdělení</u> (co bychom ještě měli o pacientovi vědět):	
<u>Sepsal:</u>	<u>Zpracoval:</u>

## Příloha č. 4: Formulář biografické anamnézy (Klinika anesteziologie a resuscitace FNKV)

### Biografická anamnéza za účelem bazální stimulace

ID.Š.

informace podal:

datum:

vztah k nemocnému:

Prosíme Vás o důkladné vyplnění dotazníku. Pouze kvalitní a důsledné informace nám mohou pomoci v péči o Vaše blízké.

1. zaměstnání:
2. bydlí: a) sám    b) s rodinou    c) domov pro seniory    d) jiné (vypište):
3. zrak: a) dobrý    b) dalekozraký -brýle na blízko    c) krátkozraký - brýle na dálku  
d) kontaktní čočky    e) jiné (bifokální brýle apod.):
4. sluch: a) dobrý    b) špatně slyší – pravé X levé X obě uši (uved'te):  
c) naslouchátko: ano X ne
5. oblíbená chuť – čokoláda, bonbóny, cigareta, kyselé apod. (uved'te):
6. neoblíbená chuť - pálivé, kyselé, hořké, ryby, brokolice apod. (uved'te):
7. oblíbený nápoj (uved'te):
8. neoblíbený nápoj (uved'te):
9. oblíbený zvuk – rádio, TV, hudba (uved'te):
10. neoblíbený zvuk (uved'te):
11. oblíbená vůně – parfém, dřevo, květiny, apod. (uved'te):
12. oblíbený dotek – škrábání po zádech, masáže nohou, jiné (uved'te):
13. neoblíbený dotek (uved'te):
14. oblíbený materiál – dřevo, kov, sklo, hlína apod. (uved'te):
15. dominantní končetina: a) pravák    b) levák
16. denní rytmus – a) v kolik hodin ulehal ke spánku:    b) v kolik hodin vstával:  
c) kolik hodin průměrně spal:    d) oblíbená poloha při usínání:
17. zvyky před spaním: a) léky na spaní    b) jiné – cigareta, čaj, jiné (vypište):
18. při hygieně preferoval: a) sprchování    b) koupání    c) jiné:    d) četnost:
19. holení: a) holicí strojek    b) žiletka    c) oblíbená holicí pěna X gel:  
d) voda X balsám po holení:    e) četnost:
20. reakce při bolestech: a) léky    b) úlevová poloha    c) postěžuje si    d) nijak ji neventiluje
21. co dělá pro zlepšení nálady – káva, čaj, klid, kniha, TV, rádio apod. (uved'te):



22. důležitý zážitek v poslední době:

23. je rodina ochotna se zapojit do bazální stimulace: a) ANO      b) NE

24. je rodina ochotna přinést pacientovi pomůcky k BS: a) ANO      b) NE

25. jiné důležité informace:

## **Příloha č. 5: Prohlášení zájemce o nahlédnutí**

**Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta**

**Kateřinská 32, Praha 2**

**Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu**  
**uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.**

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

[illegible]